

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou  
diabéticos na UBS Balneária, Santa Rosa/RS**

**Walter Osvaldo Romero**

**Pelotas, 2015**

**Walter Osvaldo Romero**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou  
diabéticos na UBS Balneária, Santa Rosa/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ângela Vilma Rocha  
Co-orientadora: Tâmara Vieira Santos

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

R763m Romero, Walter Osvaldo

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Balneária, Santa Rosa/RS / Walter Osvaldo Romero; Ângela Vilma Rocha , orientador(a); Tamara Vieira Santos, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. , Ângela Vilma Rocha, orient. II. Santos, Tamara Vieira, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico esse trabalho aos representantes do Governo Federal, em especial aos gestores do Ministério da Saúde, que permitiram minha incorporação no Programa Mais Médico, garantindo assim alcançar o objetivo de oferecer atendimento de saúde de qualidade à população. Carinho especial à equipe da UBS Balneária e a toda comunidade, pois sem o apoio deles, não seria possível a realização deste belo trabalho.*

## **Agradecimentos**

Agradeço à comunidade pela oportunidade de permitir minha incorporação e inclusão nas suas vidas, sendo acolhido na UBS e nas residências desde o primeiro dia de trabalho em Santa Rosa, fazendo parte da vida de todos.

Agradeço a toda equipe, funcionários da Fundação Municipal de Saúde e da Prefeitura e o supervisor do programa Mais Médicos por todas as suas orientações durante este período.

Aos coordenadores do Ministério da Saúde e da UFPel, corpo docente que nos deu essa oportunidade de aperfeiçoamento.

Às minhas orientadoras Ângela Vilma Rocha e Tâmara Vieira Santos.

À minha família pelo apoio.

## Resumo

ROMERO, Walter Osvaldo. **Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos, na UBS/PSF Balneária, Santa Rosa/RS.2015.**93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

É de extrema importância o desenvolvimento de um projeto de intervenção no contexto da promoção em saúde, em especial no que se refere a usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus nesta Unidade de Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis afetam cada vez mais um maior número de pessoas, sendo associadas a fatores de riscos como o modo e estilo de vida. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são doenças cujo controle é essencial para a prevenção de complicações relacionadas, como alteração cardiovascular e cerebral, dentre outras. Constituindo um sério problema de saúde pública em todo o mundo. Portanto sentiu-se a necessidade de melhorar a atenção de hipertensos e/ou diabéticos, na UBS Balneária, Santa Rosa/RS. A intervenção foi realizada de fevereiro a junho de 2015, visa orientar e incentivar o usuário a refletir sobre seu estilo de vida, que influencia direta e indiretamente na promoção da saúde e prevenção de doenças. Construindo assim uma atenção mais humanizada e qualificada ao portador de HAS e DM. Para a realização deste trabalho foram desenvolvidas ações nos quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica. Sendo elas: avaliação do risco cardiovascular, realização de exames clínicos e laboratoriais, orientações nutricionais, incentivo a prática de atividade física, reorganização dos registros, grupos de educação em saúde, palestras educativas com o intuito de orientar os usuários sobre os riscos do não cuidado com sua saúde, visitas domiciliares, busca ativa aos usuários faltosos, reuniões com líderes da comunidade, qualificações para os profissionais. Além da divulgação na comunidade das ações realizadas na UBS. Para monitorar as ações foram utilizadas a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados, disponibilizadas pelo curso. Na área de abrangência temos aproximadamente 4.600 habitantes, sendo 418 usuários com hipertensão e 88 com diabetes mellitus, de acordo com os dados atuais da UBS. A intervenção realizada teve como resultado o cadastramento de 207 (29,6%) usuários hipertensos e 55 (31,8%) diabéticos. Conseguimos elevar os indicadores de qualidade. Dos 207 hipertensos cadastrados, 197 (95,2%) estão com exame clínico em dia e dos 55 diabéticos cadastrados foram 52 (94,5%) que estão com o exame clínico em dia. Dos hipertensos cadastrados 193 (93,2%) e 51 (92,7%) dos diabéticos estão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Em relação à estratificação de risco cardiovascular finalizamos com 189 usuários (91,3%) hipertensos e 50 (90,9%) usuários diabéticos atendidos. Realizamos adequadamente a prescrição de medicamentos da farmácia popular, fizemos orientações nutricionais e odontológicas, incentivamos à prática da atividade física, e realizamos orientações sobre os riscos do tabagismo e etilismo. Os resultados obtidos virão a nortear novos caminhos a serem seguidos assim por diante, melhorando a qualidade de vida não somente dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, mas de toda a população adstrita desta UBS. Conseguimos superar a meta de cobertura e ainda que não alcançamos todos as metas nos indicadores de

qualidade vemos que é evidente que as ações na atenção ao indivíduo com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da equipe está mais qualificado.

**Palavras-chave:**atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Tabela - Perfil demográfico da população da área de abrangência da UBS Balneária sem anta Rosa-RS..	14
Figura 2	Fotografia da fachada da frente da UBS Balneária em Santa Rosa-RS.	15
Figura 3	Fotografia da equipe da UBS Balneária em Santa Rosa-RS	16
Figura 4	Mapa do território da UBS Balneário em Santa Rosa- RS	17
Figura 5	Fotografia da Capacitação/Qualificação dos ACS realizada na UBS Balneário em Santa Rosa-RS.	57
Figura 6	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Balneária, Santa Rosa-RS. 2015.	61
Figura 7	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Balneária, Santa Rosa-RS. 2015.	62
Figura 8	Gráfico Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Balneária,Santa Rosa- RS. 2015.	63
Figura 9	Gráfico Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Balneária, Santa Rosa-RS. 2015.	64
Figura 10	Gráfico Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Balneária, Santa Rosa- RS. 2015.	65
Figura 11	Gráfico Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Balneária, Santa Rosa- RS. 2015.	66
Figura 12	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Balneário,Santa Rosa- RS. 2015.	67
Figura 13	GráficoProporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Balneária, RS. 2015.	68
Figura 14	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Balneária,SantaRosa-RS. 2015.	69



- Figura 15 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Balneária, Santa Rosa- RS. 71  
2015.
- Figura 16 Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Balneária, Santa Rosa- 71  
RS. 2015.
- Figura 17 Gráfico Proporção de hipertensos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Balneária,santa Rosa- RS. 73  
2015.
- Figura 18 Gráfico Proporção de diabéticos com mapeamento de risco para 73  
doença cardiovascular na UBS Balneária,Santa Rosa- RS. 2015.

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

### **Apresentação 11**

### **1 Análise Situacional 12**

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	24

### **2 Análise Estratégica 26**

2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações.....	30
2.3.2 Indicadores.....	46
2.3.3 Logística.....	52
2.3.4 Cronograma.....	55

### **3 Relatório da Intervenção 56**

3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58

### **4 Avaliação da intervenção 60**

4.1 Resultados .....	60
4.2 Discussão.....	76

### **5 Relatório da intervenção para gestores 81**

### **6 Relatório da intervenção para a comunidade 84**

### **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem 87**

### **Referências 88**

Anexo A – Ficha espelho frente e Verso .....	90
Anexo B – Planilha de coleta de dados .....	91
Anexo C - Documento do comitê de ética.....	92
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	93

## **Apresentação**

O presente volume contém o trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade Educação a distância (EaD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Neste trabalho estão contidas informações sobre a intervenção realizada na Unidade Básica de saúde (UBS) Balneária, no município de Santa Rosa/RS.

O curso fora desenvolvido em cinco unidades de estudo (Ambientação, Análise Situacional, Análise Estratégica, Intervenção ) e o Trabalho de Conclusão de Curso ora apresentado que fora construído ao longo de todo curso, simultânea e articuladamente às unidades de estudo e é o produto final de todo este processo.

O volume está organizado em sete capítulos que trazem informações sobre os períodos das unidade trabalhadas que construídas de maneira independentes entre si, mais sequenciais e interligadas.

No primeiro capítulo temos a Analise Situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso onde fora realizado uma análise critica do serviço de saúde em relação à estrutura física da UBS, processo de trabalho e território de atuação.

No segundo capítulo temos a analise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

O terceiro capítulo apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Nele estão descritas as ações desenvolvidas no serviço de saúde no decorrer da intervenção, as dificuldades e facilidades encontradas na coleta e a sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de trabalho do serviço de saúde.

No quinto capítulo encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

O quinto e o sexto capítulo são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. No último capítulo temos uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

O município de Santa Rosa, no estado do Rio Grande do Sul, tem uma população estimada em 70.000 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010. A região tem como fonte de renda principal, os frigoríficos de suínos, o segundo maior da América do Sul, que emprega um grande quantitativo de pessoas, entre homens e mulheres. Outras fontes de renda do território são as fábricas de máquinas agrícolas, trabalho doméstico e o comércio local.

Um grande quantitativo de profissionais destas empresas, buscam a Unidade Básica de Saúde (UBS) Balneária, buscando atestado, devido aos problemas de saúde decorrente do trabalho nestas empresas. Não existe um trabalho de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho (Saúde do Trabalhador), bem como das doenças crônicas não-transmissíveis. Não são devolvidas ações de estímulo a alimentação saudável, dentre outras ações de educação em saúde.

Outro problema observado no território, é que as famílias têm poucos momentos juntos, pois os pais trabalham durante todo o dia e os filhos permanecem em escolas integrais, o que dificulta muitas vezes o processo educativo destas crianças e adolescentes, pois muitos valores familiares não são compartilhados entre os familiares.

O município dispõe de 17 UBS, cada unidade é responsável por uma área que atende 4.600 habitantes. Sendo que três unidades estão em reforma e ampliação. A cobertura de saúde do município é de 100%. Em 2008 a prefeitura

elaborou um protocolo de Atenção Primária à Saúde, buscando a reorganização das ações de saúde no município. Atualmente o município dispõe de cinco médicos do Programa Mais médicos.

Com relação à estrutura física da UBS, dispõe de uma sala de espera, anexo tem uma sala de leitura, recepção para atendimento de consultas agendadas e em demanda espontânea e demandas administrativas, duas salas de procedimento, uma com cilindro de oxigênio onde a enfermeira atua e a outra para curativos, dispomos de uma farmácia, dois consultórios médicos, um consultório odontológico, um consultório para atendimento psicológico e nutricional, uma sala de vacinas, dois banheiros, uma cozinha e uma lavanderia.

A equipe de profissionais é composta por um médico clínico, um odontólogo, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, sendo que uma delas é a coordenadora da UBS, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma psicóloga e uma nutricionista que realizam o atendimento duas vezes por semana, uma educadora física, um auxiliar de serviços gerais. A UBS funciona de segunda a sexta-feira de 07:30 à 11:30 horas e das 13:30 às 17:30 horas. Sendo que na segunda-feira no turno vespertino são realizadas quatro visitas domiciliares, os profissionais são conduzidos pelo carro da prefeitura. Os ACS e a técnica de enfermagem são responsáveis por fazer visitas semanalmente na área e organizar as demandas para os outros profissionais.

No retorno dessas visitas, a partir das 15h00min até as 17h30min horas são realizados atendimentos na UBS pelo médico clínico e na terça-feira e sexta-feira a tarde tenho disponibilidade de horário de estudo, na quarta-feira são realizadas as reuniões de equipe.

A equipe de profissionais está capacitada para realizar o acolhimento dos usuários que demandam a UBS, geralmente são realizados de 16 a 25 atendimentos médicos, sendo que dessas de 4 a 6 são consultas por demanda espontânea. Muitos desses usuários são usuários idosos e/ou portadores de doenças crônicas não-transmissíveis.

Com relação aos exames complementares, a prefeitura tem uma parceria com a Fundação de Saúde, que realiza o agendamento dos exames e consultas com especialistas. Exames de sangue e de urina são agendados para sete dias; Raios-X e ultrassonografias são agendadas para três dias; exames de diagnóstico

por imagem de alta complexidade são agendados para um a dois meses, encaminhamentos para especialistas é de aproximadamente 10 dias. Os resultados de exames mais simples, como sangue e urina, são disponibilizados pela fundação, para que os profissionais da UBS e os usuários tenham acesso.

Na área da UBS, observamos um grande percentual de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mas que não fazem o controle regular na UBS, pois muitos deles adquirem o aparelho de aferição da pressão arterial em farmácias do território, bem como os medicamentos sem receita médica (automedicação). Situação preocupante e grave, que só será modificada com ações de educação em saúde. Bem como as ações de educação alimentar e nutricional, pois há consumo excessivo de alimentos ricos em sódio, gorduras e açúcares. Associado a isso, não há incentivo da prática de atividade física regular e orientada.

Esses são os principais desafios da equipe que atua na UBS Balneária e com certeza conseguiremos mudar a realidade de saúde da população do território adstrito.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Santa Rosa fica localizado no noroeste do estado de Rio Grande do Sul, com setenta mil (70.000) habitantes, com 52% de mulheres e 48% de homens (IBGE, 2010). A seguir segue a figura com as informações populacionais.

<b>Mulheres em idade fértil (10-49 anos)</b>	1426
<b>Mulheres entre 25 e 64 anos</b>	1266
<b>Mulheres entre 50 e 69 anos</b>	475
<b>Gestantes na área - 1,5% da população total</b>	69
<b>Menores de 1 ano</b>	55
<b>Menores de 5 anos</b>	110
<b>Pessoas de 5 a 14 anos</b>	682
<b>Pessoas de 15 a 59 anos</b>	3014
<b>Pessoas com 60 anos ou mais</b>	629
<b>Pessoas entre 20 e 59 anos</b>	2637
<b>Pessoas com 20 anos ou mais</b>	3266
<b>Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão</b>	1029
<b>Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes</b>	294

**Figura 1** Tabela - Perfil demográfico da população da área de abrangência da UBS Balneária em Santa Rosa-RS..

O município dispõe de 17 Unidades Básicas de Saúde, sendo uma unidade na zona rural. Cada UBS é responsável por uma área que atende 4.600 habitantes. Sendo que três unidades estão em reforma e ampliação. A cobertura de atenção à saúde do município é de 100%.

O município dispõe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que possui uma equipe multiprofissional (psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico e assistente social), temos também o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Com relação a atenção especializada, os encaminhamentos são feitos pela Fundação Municipal de Saúde, órgão responsável por coordenar os encaminhamentos para atendimento especializado, além de exames mais complexos, tomografias, ultrassonografia, ressonância magnética. Em alguns casos de maior complexidade, os usuários são encaminhados para a capital Porto Alegre

A cidade possui dois hospitais, sendo o Hospital Don Bosco e Hospital Vida e Saúde, além de hospitais e clínicas privadas de localidades vizinhas. No mês de agosto de 2014, foi inaugurada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no prédio do Hospital Don Bosco, atendendo as urgências e emergências dia e noite.

A UBS Balneária está próxima do centro na cidade, a quinze quadras, dez minutos do hospital e UPA. Dispomos de acesso à internet e conexão na rede do SUS, possuímos vínculo com instituições de ensino, participamos de qualificações e discutimos casos clínicos pelo programa tele saúde.

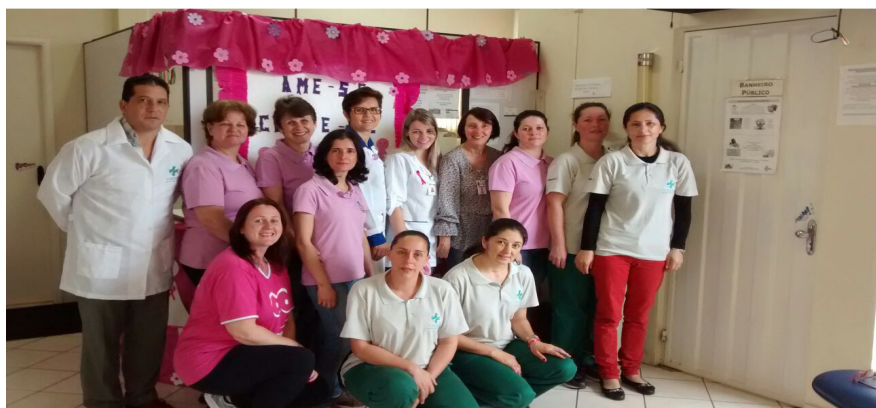


**Figura 2** Fotografia da fachada da frente da UBS Balneária em Santa Rosa-RS.  
Fonte:



Com relação a estrutura física da UBS, foi inaugurada há quatro anos, possui uma rampa de acesso única, dispõe de uma sala de espera para aproximadamente vinte usuários, anexo tem uma sala de leitura, um banheiro com acesso a pessoas com limitações físicas e cadeirantes e outro banheiro para funcionários. Recepção para atendimento de consultas agendadas e em demanda espontânea e demandas administrativas, sendo que duas técnicas de enfermagem são responsáveis por realizar o acolhimento. Temos duas salas de procedimento, uma com cilindro de oxigênio e nebulizador onde a enfermeira atua e a outra para curativos, sala de esterilização, dispomos de uma farmácia onde são armazenados os medicamentos de uso contínuo e os utilizados nos atendimentos ambulatoriais e de urgência, dois consultórios médicos, sendo um com banheiro, maca ginecológica onde são realizados os preventivos ginecológicos, exames de mamas e atendimento de pré-natal, um consultório odontológico, um consultório para atendimento psicológico, nutricional e de terapia ocupacional, uma sala de vacinas, dois banheiros, uma cozinha e uma lavanderia. Não temos sala para reuniões e ações de educação em saúde, nem expurgo para o descarte do lixo da UBS, sendo que está previsto para o ano que vem a construção destas áreas.

O modelo de atenção é Estratégia Saúde da Família (ESF), composto por uma equipe de saúde integrada. A equipe de profissionais é composta por um médico clínico, um odontólogo, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, sendo que uma delas é a coordenadora da UBS, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma psicóloga e uma nutricionista que realizam o atendimento duas vezes por semana, uma terapeuta ocupacional, uma educadora física, um auxiliar de serviços gerais.



**Figura3** Fotografia da equipe da UBS Balneária em Santa Rosa-RS

Na área de abrangência da UBS conta com 4.600 habitantes, valor esse que supera a quantidade de usuários a serem vinculada à uma equipe de ESF de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde para assistência em UBS. O Território é dividido em cinco microáreas, com cobertura por quatro ACS, sendo que uma área ainda não tem ACS, sendo coberta por todos os ACS.



**Figura 4** Mapa do território da UBS Balneário em Santa Rosa- RS

A UBS funciona de segunda a sexta-feira de 07:30 à 11:30 horas e das 13:30 às 17:30 horas, sendo que o agendamento das consultas é feito no mesmo dia. São disponibilizadas de 8 a 10 consultas por turno, que são denominadas consultas espontâneas. Já as consultas de urgência, são feitas por ordem de chegada, mas respeitando a classificação de riscos, são disponibilizadas de 3 a 4 vagas por turno (manhã e tarde). Existe um grande problema, que é a falta de profissionais para atuarem no setor administrativo da UBS, principalmente na recepção, para realizar a recepção dos usuários, pois muitas vezes isso é realizado por parte da equipe, principalmente a técnica de enfermagem. Esse problema já foi informado aos gestores, que informara que o problema será solucionado.

Realizamos também visitas domiciliares agendadas, todas as segundas feiras à tarde, com carro disponibilizado pela prefeitura, acompanhada por uma técnica de enfermagem, garantimos a assistência a pessoas acamadas e/ou com dificuldades

de locomoção, em tratamento de câncer, idosos impossibilitados de ir à UBS. A equipe faz reunião nas quartas-feiras todas nas semanas, além de organizar atividades coletivas, prática de palestras, interação com associações comunitárias.

Um aspecto positivo, é que com a minha inserção na equipe de profissionais há cinco meses, houve o aumento da demanda de usuários para atendimento clínico, principalmente de usuários do sexo masculino, que antes não buscavam a UBS por ter uma médica como profissional e por ser do mesmo sexo, eles adquiriram mais confiança e diminuíram o “constrangimento”, já que serão atendidos por um médico.

Agora o maior problema, que limita muito o desenvolvimento do trabalho da equipe é a demora no agendamento de especialista e a realização de alguns exames complementares. Exames como ecografia, tomografias, ressonância magnética demoram três meses para serem agendadas. Já alguns exames de laboratórios demoram de três a cinco dias para serem realizados. Felizmente alguns exames já estão sendo agendados pelo site da Fundação de Saúde, como ecografias e radiografias e os resultados podem ser pegos pelo site, não sendo necessário o deslocamento do usuário para os locais para buscar os resultados. Também são realizados pelo site, encaminhamentos de gestantes de alto risco para obstetras. Dispõe também de uma lista de medicamentos disponibilizados na rede, existe o cadastro dos usuários neste site, o que facilita a renovação das receitas médicas.

Apesar destas facilidades, ainda enfrentamos problemas com a contra-referência dos especialistas, pois os usuários são encaminhados, entretanto não há comunicação entre o especialista e a equipe da UBS, para dar seguimento ao tratamento correto do usuário.

Na atenção de demanda espontânea na UBS, é adotado o Caderno de Atenção Básica para acolhimento a demanda espontânea de queixas mais frequentes na atenção básica. O atendimento é realizado por ordem de chegada e é avaliado cada caso da demanda espontânea, utilizando a classificação de risco, identificando a vulnerabilidade de cada usuário. Temos um grande problema na UBS, que é a demanda de usuários a partir de três a quatro horas da manhã, para conseguir atendimento, em muitos casos, usuários com pressão arterial elevada, outros com quadro de crise asmática, mesmo com períodos de chuva, frio intenso ou

sol forte. Sendo que ainda não foi solucionado esse problema. Os gestores estão estudando uma estratégia para solucionar o problema, de forma de garantir atenção humanizada, na buscando a participação da comunidade, opiniões de como mudar a organização e atendimento a comunidade. Pois há excesso de demanda por atendimento, principalmente de alguns usuários que antes eram atendidos em clínicas particulares e que agora buscam a UBS.

Para atenção pré-natal na UBS, são realizados ações de pré-natal de risco habitual. No consultório contamos com maca ginecológica, aparelho para escutar batimentos cardíacos fetais.

Na área de abrangência da UBS, para uma população de 4.600 habitantes estima-se pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) que teríamos 46 gestantes, porem de acordo com os dados levantados temos apenas 29 gestantes residentes na área portanto uma cobertura de 63%.

De acordo com o CAP temos que os Indicadores de qualidade estão cumpridos a contento. Das 29 gestantes 28(97%) foram captadas precocemente iniciando o pré-natal ainda no 1º Trimestre de gestação. Todas as 29(100%) estão consulta em dia, solicitação na primeira consulta dos exames complementares preconizados, vacina antitetânica conforme protocolo, vacina contra hepatite B conforme a protocolo, prescrição de sulfato ferroso, exame ginecológico por trimestre, avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento exclusivo.

As ações de atenção são estruturadas de acordo com o Caderno de Atenção Básica, de acompanhamento para gestantes de baixo risco. As informações dos atendimentos são inseridas no caderno de registros específico para monitoramento destas ações, possibilitando o acompanhamento da gestante. Desenvolvemos ações de fortalecimento do vínculo com as gestantes, o que garante a continuidade do cuidado, permitindo uma maior adesão das ações propostas, contribuindo na qualidade na atenção, além das atividades de educação que são realizadas de forma individual, infelizmente não realizamos atividades coletivas por falta de espaços adequados, já que a UBS não dispõe de sala para ações coletivas.

O número estimado de cobertura pelo CAP de partos nos últimos 12 meses é de 55, entretanto dispomos de 27 (49%) usuárias que fizeram consulta de puerpério antes dos 42 dias após o parto. Com relação aos indicadores de qualidade as 27 (100%) puerperas acompanhadas receberam orientações sobre os cuidados básicos

do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, tiveram mamas e abdômen examinados e tiveram seu estado psíquico avaliado.. Das acompanhadas 25(93%) tiveram realizado o exame ginecológico e 3 (1%) foram avaliadas quanto a intercorrências. Os indicadores de qualidade apresentam percentuais elevados. Contamos com dois médicos obstetras, que atendem nas 17 UBS do município e realizam atendimento de gestantes com alto risco ou com urgências obstétricas.

Com relação a atendimentos das crianças na faixa etária de 0 a 72 meses, são realizados todos os dias da semana, de manhã e à tarde. As ações de atenção à saúde da criança estão estruturadas de forma programática. Não contamos com registro específico, utiliza somente a caderneta da criança, infelizmente não possibilita um monitoramento adequado deste público. Nas primeiras consultas do recém-nascido (puericultura) são realizadas na casa da criança, nos sete primeiros dias de vida. Em seguida, é dada continuidade ao acompanhamento na UBS para a realização do teste de pezinho e aplicação de vacinas, controle de peso, comprimento, perímetro cefálico, recomendações para mãe sobre aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e a importância das consultas de puericultura. São realizadas atividades individuais e coletivas, com a participação de diversos profissionais da equipe. As ações são realizadas na UBS e na creche local, com a participação ativa da comunidade.

De acordo com o CAP de acordo com a população vinculada à equipe teríamos 55 crianças menores de um ano residentes na área. Nos nossos registros temos 52 (92%) crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS, Nos indicadores de qualidade para esta população temos que as 52(100%) acompanhadas estão com consultas em dia conforme o protocolo do Ministério da Saúde, fizeram o teste do pezinho até sete dias , tiveram a primeira consulta de puericultura realizada nos primeiros sete dias de vida. Apenas 10 (19%) tem atraso de consultas agendadas em mais de sete dias. Todas as 52 (100%) realizaram a triagem auditiva assim como o teste do pezinho e estão com as vacinas em dia. Todas as 52(100%) crianças foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta, e foram avaliadas quanto à saúde bucal. As mães foram orientadas sobre a importância de se manter o aleitamento materno exclusivo como fonte de alimentação da criança e sobre os cuidados para a

prevenção de acidentes.

Já com relação as ações de prevenção ao câncer de colo de útero, a UBS utiliza os Protocolos do Ministério da Saúde, conta também com registro específico, buscando a realização do monitoramento regular das ações. Realizamos busca ativa na área, visando identificar as usuárias da faixa etária preconizada e que não fazem acompanhamento regular. Nessas buscas, duas usuárias, que por razões religiosas não realizam o preventivo ginecológico, sendo que uma delas de 52 anos, teve o diagnóstico de câncer de colo de útero em março de 2014, com metástase e indicativo de quimioterapia e radioterapia.

De acordo com os dados estimados do CAP, a estimativa para mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 1.266 mulheres, mas temos registrados 739(58%) usuárias em acompanhamento na UBS para prevenção de câncer de colo de útero.. Essa diferença pode ser resultado de que muitas usuárias fazem acompanhamento em clínicas particulares.

Nos indicadores de qualidade estamos com 650 (88%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. Temos 85 (16%) mulheres. Não temos mulheres nesta faixa etária com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso. Estamos com 4 (1%) mulheres desta faixa etária com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado.

Devemos salientar que as 650 (88%) estão com amostras consideradas satisfatória e nisto podemos avaliar que as 650 com exames em dia tem as amostras consideradas satisfatórias.

As 739 estamos com 650 (88%) mulheres que tiveram realizados a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica, onde estas mulheres de 25 a 64 anos foram investigadas para a presença de fatores de risco do CA de colo de útero (infecção pelo papilomavírus humano - HPV, tabagismo, comportamento sexual de risco para CA de colo de útero).

Não nos descuidamos das orientações sobre prevenção de CA de colo de útero onde 700(94%) foram orientadas quanto a prevenção do CA de colo de útero

considerando os fatores de risco acima mencionados e 720 (97% )mulheres de 25 a 64 anos foram orientadas especificamente quanto a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) .

Sobre o Programa de Atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, vemos que na área da UBS existe um número significativo de usuários portadores destas doenças, constituindo hoje um dos principais problemas de saúde, já que a maioria das pessoas não tem hábitos alimentares saudáveis, não tem controle do seu peso corporal, já que a realização de atividade física não é feita de forma regular, apesar de que no dia a dia são orientados sobre o problema.

São adotados protocolos do Ministério da Saúde, toda equipe trabalha com o intuito de prevenir novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM), além de controlar as patologias já existentes, mas ainda é necessário promover muitas mudanças nos hábitos de vida dessa população.

Atualmente foi planejado pela equipe a utilização de um livro de registros para as medidas de aferição da pressão arterial dos usuários da UBS. Antes não havia registro específico para o monitoramento das ações desenvolvidas na UBS, as informações só eram registradas no prontuário. É utilizado técnicas adequadas de aferição da pressão arterial, bem como um aparelho adequado e calibrado, com isso fazemos o monitoramento regular, fazemos a avaliação do tratamento e de risco cardiovascular.

Na análise do CAP vemos que na área de abrangência da UBS temos uma estimativa de 3.266 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados para a área que teríamos 1.029 hipertensos com 20 anos e 294 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes.

Temos, segundo os nossos registros 377 (37%) hipertensos e 113 (38%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na UBS .

Quanto aos indicadores de qualidade para a atenção aos hipertensos vemos que os 377 (100%) acompanhados na UBS que tiveram a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, estão com os exames complementares periódicos em dia, passaram por orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável e estão com avaliação de saúde bucal em dia. Não temos registros de hipertensos que estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias.

Analisando os Indicadores de qualidade da atenção aos usuários diabéticos vemos que dos 113 cadastrados todos estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Isto demonstra que a equipe está muito bem embasada como protocolo de atendimento a diabético na UBS. Todos os 113 (100%) passaram por orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável e estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Referindo um pouco a Atenção a Saúde do Idoso, a UBS conta com o atendimento de 328 idosos (52%) com 60 anos ou mais, de acordo com o CAP, temos esse valor estimado em 629 usuários. É realizada Avaliação Multidimensional do Idoso, que é utilizada para avaliar sua saúde, sua funcionalidade e incapacidade, sendo avaliados através do desenvolvimento de atividades de vida diária e funções principais, como mobilidade e comunicação, encontrando dentro deste, continência esfincteriana, visão, audição entre outros.

Os Indicadores de Qualidade apresentam percentuais elevados, realizaram a Avaliação Multidimensional Rápida, estão com acompanhamentos em dia, receberam orientações nutricionais, sobre prática de atividade física regular, avaliação de saúde bucal, dentre outras ações. Infelizmente não temos dados sobre a caderneta dos idosos, nem possuímos registros específicos para esta população, o que dificulta o monitoramento das ações. Principalmente porque é este público que mais demanda a UBS, são os que mais participam das atividades de educação em saúde, devido ao tempo livre.

Com relação às ações de Saúde Bucal, para atendimento com odontólogo, os usuários realizam consultas pré-agendadas segunda a sexta-feira, no turno da manhã, geralmente são atendidos quatro usuários por dia. E caso haja demanda espontânea por atendimento de urgência, estes usuários são avaliados e atendidos no mesmo dia. O acolhimento e o atendimento são feitos pelo odontólogo e a técnica de saúde bucal. Algumas ações de educação em saúde, referente a saúde bucal, são realizadas nas escolas do território.

Outro trabalho importante são os preventivos e pesquisa de câncer bucal a maioria são usuários fumantes com uma alta porcentagem de diagnóstico positivo.



Os maiores desafios que enfrentamos na UBS é a busca da harmonia e integração da equipe de saúde, para que possamos manter a equipe e trabalhar sempre em grupo, pois cada um tem papel fundamental na equipe. Precisamos sempre estar preparados para superar os problemas, as dificuldades e empecilhos de cada dia de trabalho. Mas tenho certeza que os profissionais da UBS dedicam todo o esforço de promover melhorias na oferta dos serviços de saúde para toda a comunidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional nota-se que a UBS Balneária trabalha diariamente para melhorar as ações de saúde. A unidade tem boa estrutura física, conta com funcionários dedicados e esforçados, porém ainda existem algumas dificuldades, principalmente em relação à utilização dos protocolos do Ministério da Saúde para a organização e monitoramento das ações de saúde.

Após a Análise Situacional percebemos que houve mudanças significativas no acolhimento aos usuários, os questionários ajudaram bastante em relação à organização e conhecimento dos problemas existentes na UBS. As fragilidades encontradas na UBS, como a falta de um cadastramento organizado e adequado aos programas existentes na UBS.

Pois através dos questionários, utilizados na Análise Situacional, permitiu ampliar o nosso olhar, tornando mais qualificado o processo de trabalho que era desenvolvido na UBS, pois não realizamos as ações baseadas nos Protocolos de Saúde, começamos a valorizar o acolhimento dos usuários e a necessidade de ampliar as ações de promoção de saúde. Outro ponto fundamental foi a sensibilização dos profissionais sobre a importância de oferecer um serviço de qualidade, cumprindo com os princípios do SUS, cada profissional respeitando e sabendo quais as atribuições de cada um na equipe e a importância do trabalho em grupo.

Além do mais, com o decorrer das atividades da análise situacional, foi possível observar os dados de cobertura dos programas de saúde e pensar sobre a

importância da criação e do desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos, com um método eficiente e prático e que sensibilize a comunidade e contribua com o processo de trabalho dos profissionais. Capacitando sempre à equipe de saúde, buscando uma melhor atenção do acolhimento e do atendimento prestado a comunidade.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, apud BRASIL, 2013 a p. 19). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. O Diabetes Mellitus (DM), que é muito prevalente em todo o mundo. De acordo com Alfradique (2009 apud BRASIL, 2013 b, p. 19) o Diabetes Mellitus é “um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares”. Segundo Brasil, (2013 b. p.19), “as complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde”.

A intervenção para a qualificação da atenção ao usuário com hipertensão e diabetes mellitus da área de abrangência da equipe será realizada na população adstrita à UBS Balneária, no município de Santa Rosa/RS, que conta com uma população de 4.600 habitantes, sendo 418 (37%) usuários com hipertensão e 88 (38%) com diabetes mellitus maior de 20 anos. Para alcançar o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos. Salientamos que para a avaliação dos indicadores de Cobertura e de qualidade da intervenção consideraremos na Planilha de Coleta de Dados como Denominadores para os cálculos o universo de 418 hipertensos e 88

diabéticos que são os dados que temos atualmente em nossa UBS após levantamento e atualização dos dados. A maior parte da população-alvo tem mais de quarenta anos, a grande maioria tem estilo de vida sedentário, não praticam exercícios físicos regularmente, nem seguem as orientações nutricionais adequadas à patologia. Muitos usuários apresentam elevados percentuais de excesso de peso, além de fumantes e alguns alcoólatras na área da UBS.

O modelo de atenção da equipe da UBS é de ESF e está composta por um médico clínico, um odontólogo, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, sendo que uma delas é a coordenadora da UBS, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma psicóloga e uma nutricionista que realizam o atendimento duas vezes por semana, uma terapeuta ocupacional, uma educadora física, um auxiliar de serviços gerais. A ação programática é muito importante porque através da intervenção proposta, reduzirá o risco de complicações associadas a estas doenças (Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus) como Acidentes Vasculares Encefálicos, Infarto Agudo do Miocárdio, Retinopatias, Insuficiência Renal, entre outras complicações, que poderiam ser evitadas tendo um maior controle destas doenças. Porque apesar dos usuários receberem acompanhamento regular, devido ao excesso de demanda por atendimento clínico, o acompanhamento não está sendo feito com a qualidade desejada, motivo principal da escolha para o foco da intervenção.

Na UBS a maior dificuldade para desenvolver esta intervenção é o fator tempo, devido ao excesso populacional e de demanda espontânea, mas, ao mesmo tempo, se controlarmos com mais eficiência estas duas patologias, com certeza, garantirá uma melhor qualidade de vida desses usuários. Dentre as facilidades para desenvolver este trabalho, está a grande disposição que a equipe tem para enfrentar este desafio. Todas as ações ficarão registradas na planilha de coleta de dados, o que permitirá avaliar o trabalho no final da intervenção..

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos maiores de 18 anos, na Unidade Básica de Saúde Balneária, do município de Santa Rosa/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3** Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde Balneária, no Município de Santa Rosa/RS. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos maiores de 18 anos, da área de cobertura da UBS.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**EIXO:** Monitoramento e Avaliação.

**Ações:** Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Detalhamento das ações:**

- A equipe fará revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários com HAS e/ou DM;
- Será feita busca ativa por parte dos ACS para realizar o cadastrado dos usuários que pertencem à área adstrita.
- Serão discutidos os dados levantados nas reuniões da equipe.
- Envolver toda equipe no processo de cadastramento

**EIXO:** Organização e Gestão do Serviço

#### **Ações:**

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento das ações:**

- A enfermeira e o médico farão revisões de prontuário e da ficha espelho da área periodicamente, para garantir o controle do registro de dados dos usuários cadastrados.
- Envolver toda equipe no processo de cadastramento.
- Os ACS serão responsáveis por realizar o acolhimento dos usuários da sua área na UBS.
- O médico e a técnica de enfermagem irão periodicamente verificar o funcionamento/calibração dos aparelhos da pressão e do hemoglicoteste.
- A Fundação de Saúde será responsável por calibrar o esfigmomanômetro, balanças e o aparelho de hemoglicoteste.

**EIXO: Engajamento Público****Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento das ações:**

- Os ACS da UBS informarão a comunidade sobre a existência do projeto.
- Irão ser disponibilizados panfletos e cartazes para divulgação e orientação da importância do rastreamento da HAS e DM a partir dos 18 anos de idade. Essa divulgação será na UBS, em igrejas, casas comerciais.
- Acontecerão palestras educativas na UBS com o intuito de mostrar os riscos para o desenvolvimento destas doenças, através de palestras na UBS e na comunidade.
- Orientar os usuários sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes, durante as consultas, salas de espera e nos grupos.



**EIXO: Qualificação da Prática Clínica****Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento das ações:**

- Serão ofertados minicursos para os ACS, orientando-os para o cadastramento de hipertensos e ou diabéticos de toda área de abrangência da Unidade de Saúde, esses minicursos serão realizados por todos os integrantes da equipe.
- Serão ofertadas oficinas para toda equipe da UBS a fim de orientá-los para a técnica da verificação da pressão arterial e hemoglicoteste em adultos.
- Durante as reuniões e/ou capacitações, o médico e a enfermeira avaliarão periodicamente a técnica de verificação da Pressão Arterial pelos técnicos de enfermagem.

**Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

#### **EIXO:** Monitoramento e Avaliação.

##### **Ações:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

##### **Detalhamento das Ações:**

- A equipe irá monitorar a realização de exames clínicos apropriados e exames complementares de acordo com o protocolo e essa revisão será feita através dos prontuários e da ficha espelho
- Os responsáveis pelo atendimento na farmácia Popular fará o controle dos medicamentos tanto de entrada como saída de medicamentos.
- O médico e demais profissionais da equipe farão avaliação de quais usuários precisam de atendimento odontológico.

**EIXO: Organização e Gestão do Serviço****Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; • organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento das Ações:**

- O médico e a enfermeira definirão as atribuições de todos os membros da equipe capacitando-os de acordo com os protocolos seguidos. Pactuando o papel de cada um no acompanhamento dos usuários da população-alvo.
- A farmacêutica controlará o estoque dos medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos.

- O médico e a enfermeira avaliarão o usuário com necessidade de atendimento odontológico
- Avaliarão e controlarão periodicamente a realização dos exames complementares durante consultas e também nas visitas domiciliares.
- Os profissionais realizarão exame da cavidade oral nas consultas e visitas domiciliares.
- O gestor garantirá meios para a realização de exames complementares para usuários.
- A agenda para atendimento odontológico será organizada de acordo com a demanda.

### **EIXO: Engajamento Público**

#### **Ações:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

#### **Detalhamento das Ações:**

- A comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão e/ou Diabetes por meio de panfletos e dos ACS nas visitas domiciliares.

- Toda equipe da Unidade de saúde orientará por meio de palestras os usuários e a comunidade sobre os riscos que estas doenças trazem a vida.
- Confeccionar cartazes e material educativo a respeito aos riscos da Diabetes e a Hipertensão para serem disponibilizados na UBS.
- Durante as consultas, grupos e visitas domiciliares, os profissionais devem sensibilizar a comunidade sobre a importância da realização dos exames complementares periodicamente, para manter um bom controle e prevenção das referidas patologias.
- A equipe de profissionais deverá orientar os usuários quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular.
- A população será orientada a ter uma boa higiene bucal e também a fazer visitas ao dentista sempre quando necessário.

#### **EIXO: Qualificação da Prática Clínica**

##### **Ações:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

##### **Detalhamento das Ações:**

- Serão realizadas oficinas para atualizar e capacitar a equipe para realização de exame clínico apropriado, usando o protocolo adotado pela unidade de saúde. As técnicas enfermagem e enfermeira serão capacitadas para realização de exames clínicos de pés, pulsos e sensibilidade de extremidades
- Serão ofertados minicursos para orientar a equipe sobre alternativas para obter acesso a medicamento da farmácia.

-O médico em parceria com os profissionais de odontologia deverão orientar os profissionais da equipe em geral, qualificando os profissionais, para que os mesmos tenham capacidade de avaliar e identificar os usuários com necessidade de encaminhamento para avaliação odontológica.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

**Meta 3:** Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

#### **EIXO: Monitoramento e Avaliação**

##### **Ações:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) em hipertensos e diabéticos.

##### **Detalhamento das Ações:**

- A equipe fará revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários faltosos com HAS e/ou DM e do cumprimento da periodicidade das consultas;
- O usuário deverá ter conhecimento antecipado da data da próxima consulta, sendo informado nas consultas ou através dos ACS.

#### **EIXO: Organização e Gestão do Serviço**

##### **Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos através das ACS.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa.

##### **Detalhamento das Ações:**

- Será feita busca ativa por parte dos ACS para adesão dos usuários faltosos que pertencem à área adstrita, sendo agendado acolhimento destes faltosos.
- A equipe confeccionará de uma lista diária de usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas.

- O médico e a enfermeira deverão informar às ACS quais são os usuários faltosos para a recuperação das consultas.
- A agenda será adaptada aos usuários faltosos sendo organizada semanalmente.
- Serão também ofertados atendimentos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos em demanda espontânea e que não frequentam com regularidade a UBS.

#### **EIXO: Engajamento Público**

##### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

##### **Detalhamento das Ações:**

- Orientar através de cartazes e dos ACS sobre a importância de comparecer a consulta.
- Serão realizadas palestras para discutir a importância do acompanhamento e ouvindo deles estratégias para não ocorrer evasão.
- Será esclarecido, por meio do médico, enfermeira e ACS, à população alvo a importância da periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### **EIXO: Qualificação da Prática Clínica**

##### **Ações:**

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

##### **Detalhamento das Ações:**

- O médico e enfermeira deverão informar aos ACS sobre a importância de orientar aos usuários sobre o comparecimento às consultas na data planejada para avaliação e reavaliação e assim detectar precocemente qualquer alteração.
- A equipe planejará e se dividirá em duplas, para promover quinzenalmente atividades de Educação Permanente com a equipe, com a temática de Hipertensão

Arterial e Diabetes Mellitus, trazendo novas informações e atualizações sobre as patologias.

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### **EIXO: Monitoramento e Avaliação**

##### **Ações:**

- Monitorar e avaliar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

##### **Detalhamento das Ações:**

- A equipe fará revisão das fichas de acompanhamento dos usuários com HAS e DM, com o objetivo de melhorar a qualidade no acompanhamento desses usuários.
- O médico e a enfermeira sensibilizarão e qualificarão os profissionais da equipe sobre a importância de realizar os registros de forma correta.

#### **EIXO: Organização e Gestão do Serviço**

##### **Ações:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

##### **Detalhamento das Ações:**



- Toda equipe da UBS procurará manter atualizadas as informações no sistema de registro SIAB e nas fichas de acompanhamento.
- A enfermeira será responsável pelo monitoramento dos registros e será feita uma avaliação diária dos registros nos prontuários, após o atendimento.
- A equipe através dos novos registros mais atualizados terá a possibilidade de detectar qualquer alteração enquanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença
- Será usada a ficha espelho e a planilha de coleta de dados, disponibilizadas pelo curso, como forma de sistema de registro onde serão arquivadas as informações resultantes da intervenção.

#### **EIXO: Engajamento Público**

##### **Ações:**

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção e qualificação de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

##### **Detalhamento das Ações:**

- Toda equipe de saúde orientará os usuários sobre todos seus direitos, inclusive sobre a manutenção de seus registros e acesso a segunda via se necessário.
- Os usuários e acompanhantes e/ou responsáveis serão sensibilizados sobre a importância de informar corretamente todas as informações solicitadas pela equipe de saúde.
- Os usuários serão informados que é necessário informar qualquer mudança que exista com seus registros, para que seja feita atualização dos dados.
- Os profissionais deverão realizar uma anamnese completa do usuário, respeitando suas condições socioeconômicas, religiosa e cultural. Atentando-se para as informações prestadas pelo usuário.

#### **EIXO: Qualificação da Prática Clínica**

##### **Ações:**

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento das Ações:**

- Serão realizadas oficinas com o intuito de capacitar a equipe técnica, orientando-os para o preenchimento adequado das fichas e registros em todas as consultas dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**EIXO: Monitoramento e Avaliação****Ações:**

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento das Ações:**

- A equipe fará revisão da ficha espelho afim de monitorar os usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, com o objetivo de melhorar este atendimento.

**EIXO: Organização e Gestão do Serviço****Ações:**

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento das Ações:**

- Depois da revisão das fichas de estratificação de risco, será dada prioridade a estes usuários, organizando um agendamento para o atendimento desta demanda.
- Os ACS deverão realizar busca ativa, identificando os usuários classificados como de alto risco que não são cadastrados e/ou não comparecem a UBS.
- A agenda será organizada para atendimento e será dada prioridade aos usuários classificados de alto risco.

### **EIXO: Engajamento Público**

#### **Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, prática de atividade física, redução do etilismo e tabagismo).

#### **Detalhamento das Ações:**

- Toda a equipe durante as consultas, grupos, sempre orientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância das consultas médicas.
- A nutricionista realizará palestras educativas sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis.
- Expor materiais educativos sobre o controle dos fatores de riscos e as possíveis complicações que poderiam surgir com o descontrole das patologias.
- Promover grupos de saúde para discutir sobre a importância de controlar os fatores de risco e as possíveis complicações que são desencadeadas pelo não controle da Hipertensão e do Diabetes.

### **EIXO: Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento das Ações:**

- Toda a equipe da UBS será capacitada para a realização da estratificação de risco e sua importância.
- O médico e a enfermeira serão os responsáveis por qualificar a equipe sobre os fatores de risco modificáveis durante as reuniões.

**Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos****Metas6:**

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Eixo: Monitoramento e Avaliação****Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo e etilismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento das Ações:**

- Toda a equipe orientará os usuários, por meio de palestras, a importância de ter uma alimentação saudável, praticarem atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo, importância da higiene bucal.
- O médico e a enfermeira monitorará através dos registros clínicos bem como nas visitas domiciliares se os usuários estão recebendo as devidas orientações.

**EIXO: Organização e Gestão do Serviço****Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento das Ações:**

- Todos os membros da equipe orientarão os usuários para uma boa alimentação, atividade física e abandono ao tabagismo.
- Serão realizadas palestras com a nutricionista com objetivo de orientar a população sobre a importância de ter hábitos alimentares saudáveis.
- Serão planejadas em conjunto com a nutricionista da UBS, as ações de âmbito nutricional.
- O Gestor fará parcerias institucionais para envolver educadores físicos ao projeto.

- O médico definirá um tempo médio em suas consultas para garantir um bom atendimento e dar as devidas orientações.
- Serão criados na UBS grupos de combate ao tabagismo.

#### **EIXO: Engajamento Público**

##### **Ações:**

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos, e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

##### **Detalhamento das Ações:**

- A equipe de saúde mobilizará os usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela UBS e seus familiares para a formação e participação dos grupos educativos.
- Os profissionais informarão a comunidade sobre a importância de tomar os devidos cuidados para evitar essas doenças e sobre os fatores de riscos que elas trazem a vida.
- Instituição de grupos em educação em saúde, formados por usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.
- Serão produzidos pela equipe de saúde materiais educativos para orientar aos usuários da importância da alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal.
- A equipe de saúde promoverá palestras, reuniões, com o objetivo de sensibilizar a comunidade sobre a importância da Promoção da Saúde para os usuários portadores de Hipertensão e/ou Diabetes.

#### **EIXO: Qualificação da Prática Clínica**

**Ações:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento das Ações:**

- Realização de capacitação para a equipe multidisciplinar da UBS, sobre atividades educativas em saúde, como alimentação saudável, prática de atividade física, abandono ao tabagismo e higiene bucal.
- O médico e a enfermeira capacitarão os ACS para a orientação sobre metodologias de educação em saúde de todos os hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS.
- O médico convidará a nutricionista e o odontólogo para realizar ações de matriciamento, para qualificar a equipe quanto as práticas de alimentação saudável e cuidados com referente à saúde bucal.

**2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência unidade de saúdes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.



Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos, adotaremos como Protocolo os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde nº 36 e 37 publicados em 2013. Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha-espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA, Ficha de Atendimento em Saúde Bucal e Ficha de atendimento nutricional.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos também utilizaremos dados do SIAB (Ficha A) e da ficha-B hipertensos e diabéticos dos ACS.

Utilizaremos a ficha espelho de hipertensão e diabetes disponibilizada pelo curso e como na Ficha Espelho fornecida pelo Curso não temos um local específico

para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos adicionar um local para a coleta desse dado.

Utilizaremos a ficha-espelho fornecida pelo curso durante o atendimento médico individual diário, onde preencheremos os dados do atendimentos, as informações relacionadas como exames complementares, classificação do risco cardiovascular, programação de consultas entre outras informações de importância para a intervenção. Providenciaremos junto aos gestor a disponibilização de 500 fichas-espelho.

Para organizar o registro específico do programa, o médico e a enfermeira farão semanalmente a revisão dos prontuários e Fichas espelho, identificando os usuários portadores das patologias, verificando os faltosos ao retorno programado e identificando procedimentos em atraso, bem como os adultos portadores de HAS e DM de risco cardiovascular. Será feito também busca ativa das fichas dos adultos com HAS e DM, por parte da enfermeira e os ACS, a fim de verificar e fazer um levantamento do número de usuários que pertencem à área adstrita.

Monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos e/ou diabéticos previstos no protocolo (consultas em dia) e depois da revisão das fichas identificando através da estratificação de risco os usuários hipertensos e diabéticos de risco cardiovascular e será dada prioridade, por parte do médico, a estes usuários organizando um agendamento para o atendimento desta demanda. Pretendemos melhorar a qualidade no atendimento a esses usuários, através destas ações.

As ações de engajamento público e de atividades coletivas citadas no cronograma da intervenção serão desenvolvidas na UBS e na comunidade utilizando nas reuniões com a comunidade o Salão da Igreja para oficinas e palestras. Os ACS informarão a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus da unidade de saúde, por meio de orientação, entrega de panfletos, cartazes em locais de grande movimentação de usuários.

Nas semanas da intervenção, a nutricionista realizará palestras educativas para orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos. O médico e a enfermeira realizarão palestras educativas sobre os riscos que o tabagismo pode trazer a vida. O odontólogo orientará no sentido da importância de uma adequada higiene bucal.

Durante o período da intervenção, toda a equipe participará de capacitações/qualificações, durante as reuniões em equipe.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo começaremos com a capacitação sobre o Protocolo do Hipertensão e Diabetes pelo MS para que toda a equipe utilize iguais referencias com o manejo dos pacientes hipertensos e diabéticos. Buscaremos fazer a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontólogo e capacitar a equipe para o uso dos impressos e registro das ações. Também organizaremos o acolhimento e o fluxo de encaminhamento do usuário dentro da UBS. As reuniões e capacitações ocorrerão na UBS e serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário da reunião da equipe. Estas capacitações serão realizadas nas duas primeiras Semanas da Intervenção ou durante a intervenção se for necessário. As capacitações acerca do protocolo serão ministradas/coordenadas pela médica, enfermeira e a odontóloga. Inicialmente trabalharemos sobre os fatores de risco para estas duas doenças. Capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e utilização correta da Ficha B do SIAB. Capacitaremos as Técnicas de Enfermagem para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Médico e enfermeira buscarão atualizar sobre a realização de exame clínicos apropriados e exames complementares baseados no Protocolo e para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sua importância do registro desta avaliação. Será também orientado em capacitação da equipe sobre estratificação de risco, mesmo que esta avaliação seja feita em consulta clínica, toda a equipe deve conhecer os critérios desta estratificação. Discutiremos na capacitação as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular /hiperdia e a odontóloga fará a capacitação acerca da necessidade de avaliação odontológica. Buscaremos capacitar os ACS e demais componentes da equipe para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à importância do acompanhamento regular das consultas e sua periodicidade.





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Durante estas semanas de intervenção na UBS Balneária, foram desenvolvidas ações que viriam a melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e ou diabéticos. E neste período foram desenvolvidas várias ações para viabilizar nossos objetivos e metas.

Primeiramente foi realizada a divulgação do projeto através de cartazes expostos tanto na UBS, como em lugares estratégicos da cidade como mercados, praça pública, escolas, comércio, também foi realizada a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes 2013. Esta capacitação teve como objetivo capacitar todos os membros da equipe para melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da UBS, capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, capacitar a equipe para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.



**Figura 5** Fotografia da Capacitação/Qualificação dos ACS realizada em xxxx na UBS Balneário em Santa Rosa-RS.

No mesmo momento foi estabelecido o papel de cada profissional no desenvolvimento deste projeto. Também foram realizadas conversas com os ACS para que eles durante as visitas domiciliares possam relatar a existência e a importância do projeto e que os mostrem para esses usuários que eles possam vir às consultas com mais frequência.

Todas as ações foram desenvolvidas, embora que algumas foram realizadas fora do período estipulado no cronograma devido há alguns problemas como a demanda de excesso de atendimento clínico, além do período de férias de alguns profissionais durante o período da intervenção, mas com a colaboração de toda equipe conseguimos realizar.

Outro aspecto positivo, foi a mobilização dos líderes comunitários durante a intervenção, pois compartilhávamos nos diferentes contatos que tínhamos com a comunidade, como grupos de Hipertensos e diabéticos e outros. E neste contato com os líderes da comunidade e representantes dos bairros, apresentávamos o projeto e esclarecíamos a importância do controle da HAS e DM. Solicitando apoio nas ações que foram implementadas e informando sobre o andamento da intervenção, relatando as dificuldades e os avanços do desenvolvimento do projeto.

Com este apoio, a equipe também foi estimulada para realização de atividades complementares para a comunidade e possibilitar a continuidade do projeto de intervenção. Estamos com projeto de desenvolver atividades

sobre a preparação de chás medicinais, criar uma horta comunitária, organizar um grupo de teatro e canto, fazer viagens de turismo, com a comunidade, promovendo assim atividades de educação permanente em saúde.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Apesar de todos os esforços e da ampliação da cobertura do programa a UBS ainda conta com alguns usuários hipertensos e/ou diabéticos que ainda não foram cadastrados. Devido ao período de férias de alguns profissionais e a ausência de um ACS em uma área.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

As dificuldades encontradas na coleta de dados e sistematização dos dados, foi devido que uma área ficou descoberta, devido a problemas de saúde familiares de um ACS e não houve substituição deste profissional. Além do tempo reduzido do projeto de intervenção de 16 para 12 semanas, inviabilizou em parte a coleta de todos os dados dos usuários da área adstrita da UBS.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A perspectiva e as possibilidades de manter e incorporar com mais eficácia as ações na nossa rotina diária na UBS é um fato consolidado, já que estamos conseguindo uma maior adesão das ações por parte dos usuários e com certeza, diminuirá a morbidade e mortalidade por complicações decorrentes da HAS e do DM, garantindo assim uma melhor qualidade de vida.

Pois a equipe continua com a estratégia de ação, dando ênfase ao acolhimento destes usuários, realizando a escuta qualificada de suas demandas e sendo resolutiva. Já que toda equipe foi capacitada para oferecer um serviço de qualidade. Já que houve a melhoria na forma de agendamento

das consultas, estamos dando prioridade de atendimento para os usuários com risco cardiovascular.

A equipe continua realizando o exame clínico completo, além de sensibilizar os usuários sobre a importância da realização dos exames complementares e seu retorno na UBS para apresentar os mesmos. Além disso, existe um trabalho extenso de prevenção de doenças por parte dos profissionais, como as orientações sobre alimentação saudável, a prática de atividades físicas, a redução do tabagismo e do etilismo, sensibilizando sobre a importância das atividades em grupo, garantindo assim ações de promoção de saúde para toda a comunidade.

## **4. Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Este capítulo tem como intenção apresentar os resultados do desenvolvimento do Projeto de intervenção, que proporcionou a melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Balneária, no município de Santa Rosa/RS.

Conforme estimativa gerada no Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pelo Curso de Especialização, de uma população total de 4.600 pessoas tínhamos a estimativa de 1.029 são usuários com hipertensão e 294 com diabetes. Estes dados foram utilizados na avaliação dos Indicadores de cobertura e de qualidade na Unidade de Análise Estratégica para definição do foco da intervenção, entretanto, os dados do VIGITEL da Planilha de Coleta de Dados adotada para o registro dos dados de cobertura e monitoramento da Intervenção nos trazem a estimativa de 700 usuários com hipertensão e 173 com diabetes. Então salientamos que para a avaliação dos indicadores de Cobertura e de qualidade da intervenção consideraremos na Planilha de Coleta de Dados como Denominadores para os cálculos o universo de 418 hipertensos e 88 diabéticos que são os dados que temos atualmente em nossa UBS após levantamento e atualização dos dados.

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

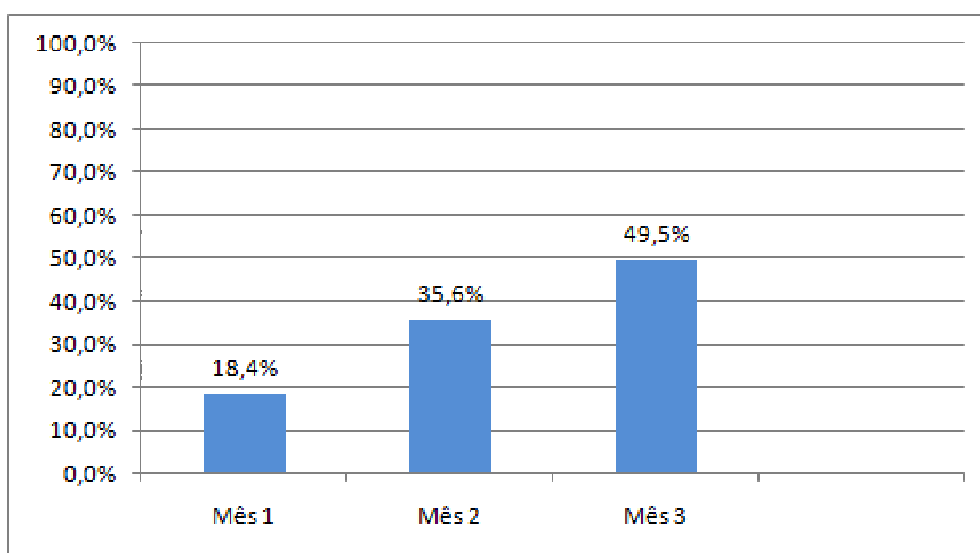
**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

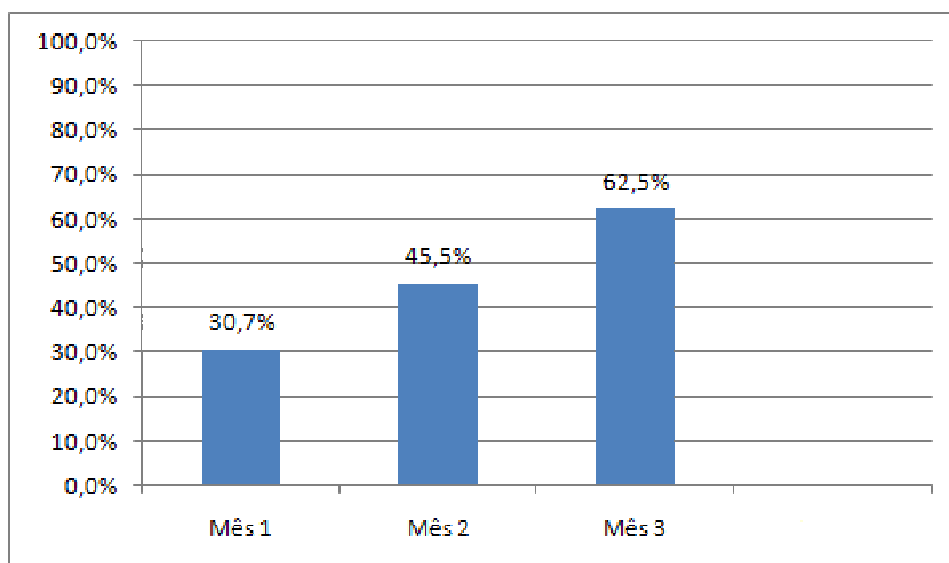
Para alcançar o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 70% dos hipertensos da área adstrita da UBS do Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Trabalhamos com a busca de 418 hipertensos e de acordo com a Figura 6 conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 49,5%. No primeiro mês foram cadastrados 77 hipertensos (18,4%), no segundo mês 149 (35,6%) e no terceiro mês 207 (49,5%).



**Figura 6** Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Balneária, Santa Rosa-RS. 2015.

Com relação aos usuários com diabetes, alcançamos ao final da intervenção, uma cobertura de 31,8%. Pois no primeiro mês do projeto, foram cadastrados 27 (30,7%) usuários com diabetes, no segundo mês 40 (45,5%) e no terceiro mês 55 usuários (62,5%), como apresentado na Figura 7.



**Figura 7** Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Balneária, Santa Rosa RS. 2015.

Conforme mostra nos gráficos, acreditamos que não alcançamos a meta de cobertura proposta de 70%, porque a intervenção acabou sendo desenvolvida em apenas três meses e não mais em quatro meses, como inicialmente havia sido proposta pelo Curso de Especialização. Entretanto, para melhorar esses indicadores, a equipe dará continuidade às ações propostas na intervenção, inserindo as atividades na sua rotina diária de trabalho e a médio e longo prazo a meta proposta de 70% será alcançada.

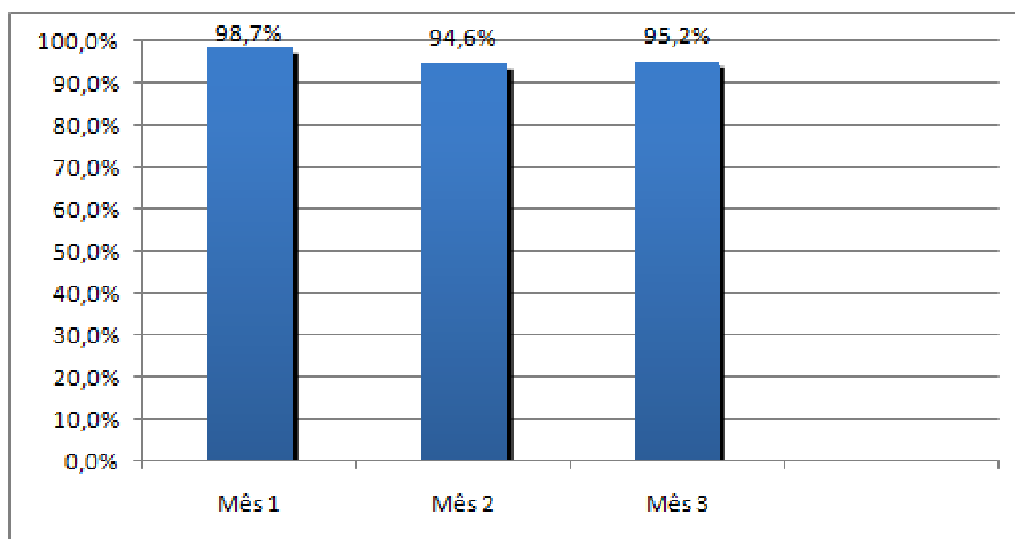
Realizando uma análise da cobertura e o progresso do crescimento mês a mês, podemos observar que houve um aumento na cobertura da população-alvo, ao longo dos três meses, que foi alcançada pelas ações desenvolvidas nos quatro eixos temáticos. A reorganização no processo de trabalho da UBS contribuiu muito para a elevação dos indicadores, como o monitoramento e avaliação da cobertura, a sensibilização dos profissionais sobre o acolhimento dos usuários, a importância da realização do cadastramento da população-alvo, a busca ativa pelos ACS, a reorganização da agenda para atender a demanda espontânea e os usuários faltosos, a realização dos grupos de saúde, fomentou para o sucesso desse trabalho. Apesar das dificuldades enfrentadas, já que muitas consultas são demandadas devido a outras patologias e não para o controle da enfermidade de base, que é a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, ficando restrito o atendimento de quatro a seis usuários hipertensos e/ou diabéticos por dia.

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Para atingir o objetivo de melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta realizar exame clínico em dia de acordo com o protocolo em 100% dos hipertensos e diabéticos. Entretanto, verifica-se na Figura 8 que no primeiro mês da intervenção 76 (98,7%) com exame clínico em dia, no segundo mês 141 (94,6%) e no terceiro mês 197 (95,2%) dos hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.



**Figura 8** Gráfico Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Balneária, Santa Rosa- RS. 2015.

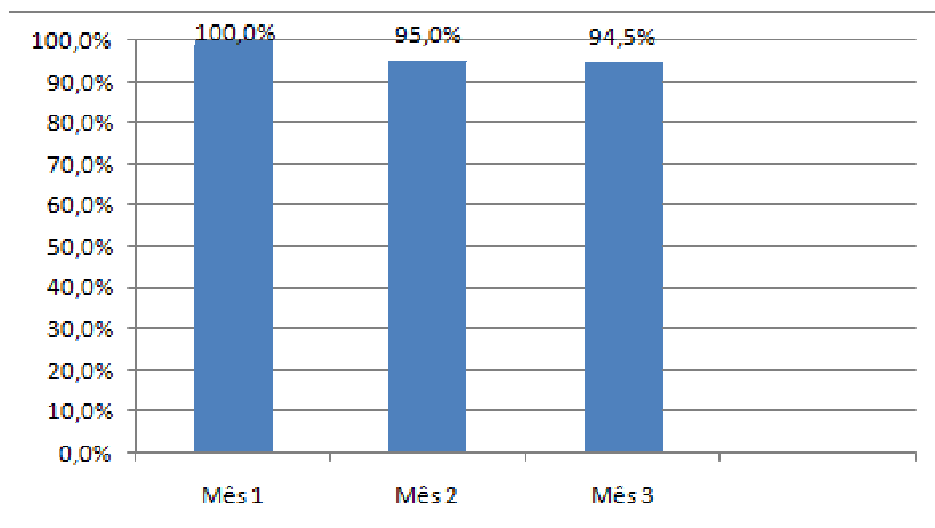
**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Com relação aos usuários diabéticos, observamos no primeiro mês da implantação da intervenção 27 (100%) estavam com exame clínico em dia, de



acordo com o preconizado pelo protocolo, já no segundo mês 38 (95%) e no terceiro mês 52 (94,5%), como apresentado na Figura 9.



**Figura 9** Gráfico Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Balneária, Santa Rosa-RS. 2015.

Apesar de não termos atingido a meta proposta de 100% nas duas metas, afirmamos que tivemos um bom resultado para esta ação. Pois foi realizado o exame clínico em dia de acordo com o protocolo em mais de 90% dos usuários hipertensos e diabéticos. Os motivos pelos quais não conseguimos alcançar a meta proposta de 100%, foi devido às consultas de retornos dos usuários serem feitas em intervalos curtos, entre 10 ou 15 dias, então não era feito o exame clínico novamente.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

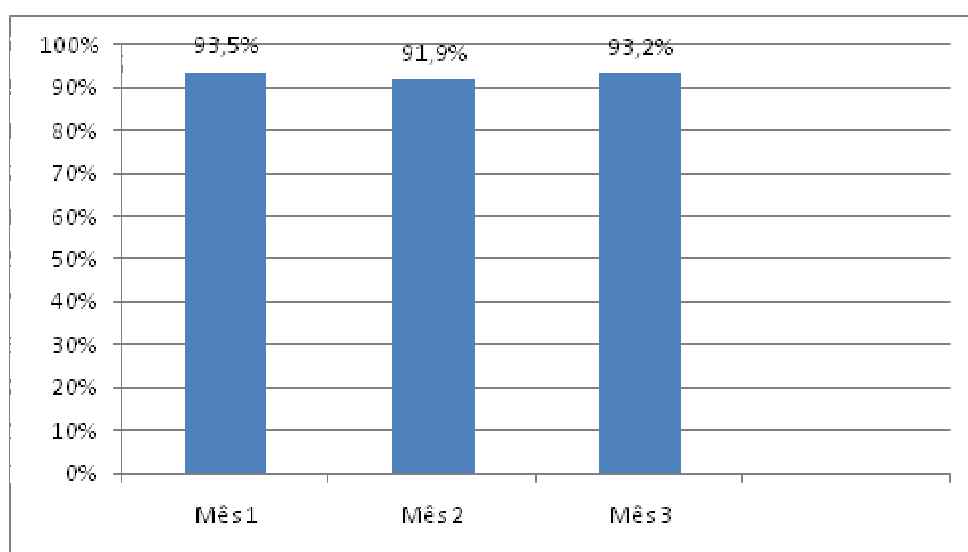
**Indicador 2.3** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Buscando atingir o objetivo de melhorar a qualidade de atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a outra meta proposta foi à realização de exames complementares em 100% dos hipertensos.

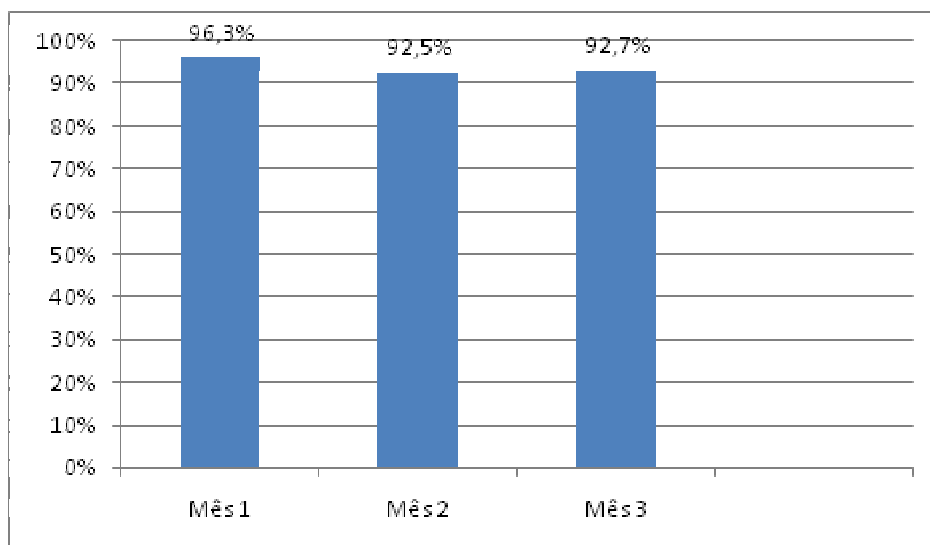
Contudo, de acordo com a Figura 10 verifica-se que no primeiro mês 72 (93,5%) hipertensos estavam com exames complementares em dia, no segundo mês 137 (91,9%) e no terceiro mês 193 (93,2%) dos hipertensos acompanhados na UBS estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.



**Figura 10** Gráfico Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Balneária, Santa Rosa- RS. 2015.

Com relação aos usuários diabéticos, observamos na Figura 11 que no primeiro mês da intervenção 26 (96,3%) diabéticos estavam com exames complementares em dia, já no segundo mês 37 (92,5%), e no terceiro mês 51 (92,7%). dos diabéticos acompanhados na UBS estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Infelizmente, não conseguimos atingir a meta de 100% para a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, porque muitos profissionais estavam de férias nesse período, o que dificultou a solicitação e a posterior realização destes exames complementares. Não foi possível atingir os 100%, porém conseguimos atingir valores tão próximos da meta, devido a organização do agendamento dos exames com data da realização, bem como busca ativa de usuários faltosos para a realização dos exames pela equipe de saúde.



**Figura 11** Gráfico Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Balneária, Santa Rosa- RS. 2015.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

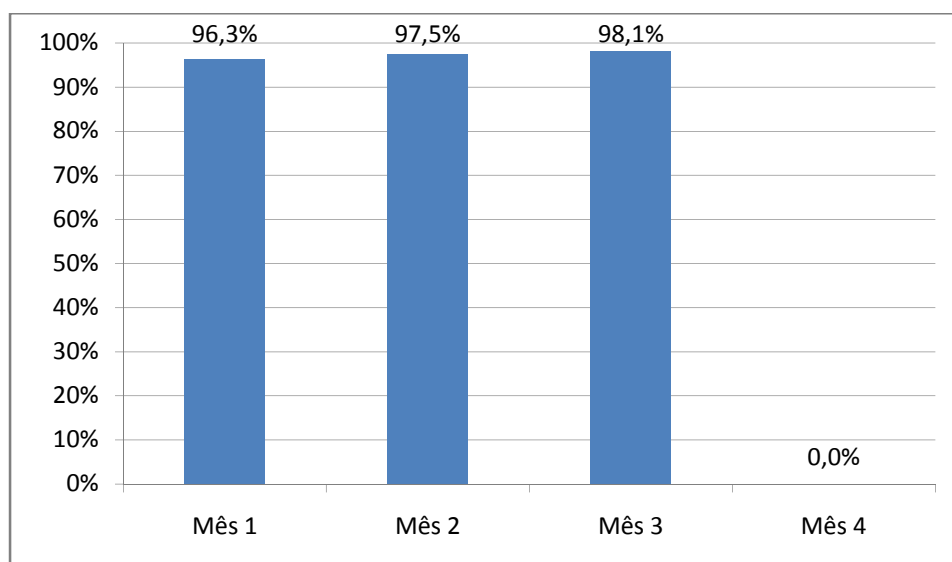
Buscando ainda contribuir com as melhorias da qualidade de atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, foi proposto como meta priorizar em 100% a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA para os usuários cadastrados e acompanhados na UBS.

Com relação aos usuários hipertensos, ao longo dos três meses conseguimos alcançar a meta de 100% na prescrição destes medicamentos.

Dos que precisavam de medicação tivemos 100% em todos os meses sendo 76 (100%) no mês 1, 145 (100%) no Mês 2 e 200 (100%) no mês 3. Então dos 207 Hipertensos cadastrados 07 não precisaram de prescrição de medicação para

controlar o níveis pressóricos ou destes os medicamentos disponíveis na Farmácia Básica não surtirão efeito para o Controle dos níveis pressóricos.

Entretanto, já com relação aos usuários diabéticos, observa que no primeiro mês 26 (96,3%) estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, no segundo mês 39 (97,5%) e no terceiro mês 52 usuários (98,1%), como pode ser observado na Figura 12.



**Figura 12** Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Balneário, Santa Rosa- RS. 2015.

Os resultados positivos, acima de 95% da prescrição é decorrente da prescrição dos medicamentos da farmácia popular, bem como a presença dos usuários as consultas e a busca ativa por parte dos profissionais, as visitas domiciliares, o acompanhamento do uso regular dos medicamentos prescritos pelos profissionais. Além de que esses medicamentos são fornecidos gratuitamente ou por um valor acessível pelo Sistema Único de Saúde, o que garante o acesso aos usuários.

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

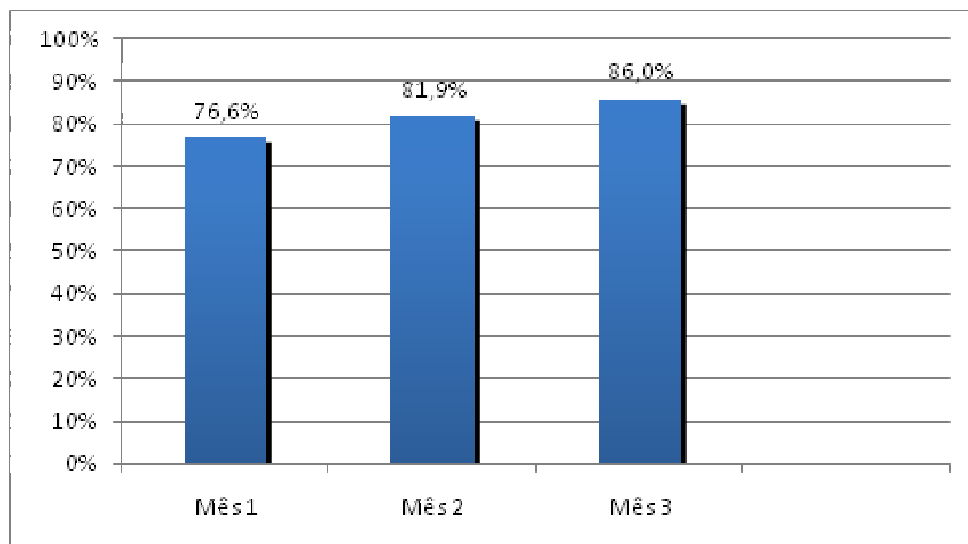
**Indicador 2.7** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

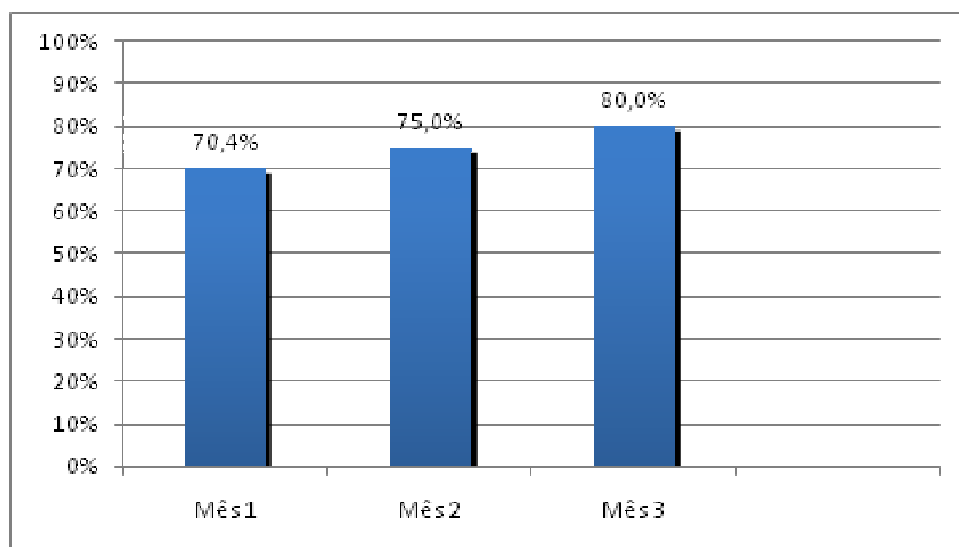
Ainda buscando contribuir com as melhorias da atenção à saúde destes usuários, foi também proposto como meta avaliar a proporção de hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Segundo a Figura 13, em relação aos hipertensos, no primeiro mês tivemos 59 (76%) hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada, no segundo mês 122 (81,9%) e no terceiro mês finalizamos com 178 (86%) hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada, não alcançando a meta proposta inicialmente.



**Figura 13** Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Balneária, RS. 2015.

Já os usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês da intervenção foram 19 (70,45%), no segundo mês 30 (75%) e no terceiro mês 44 usuários diabéticos (80,0%), como apresentado na Figura 14.



**Figura 14** Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Balneária, Santa Rosa-RS. 2015.

Infelizmente a meta prevista para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico não foi cumprida, devido à ausência do odontólogo na UBS (período de férias), que coincidiu com o período da execução do projeto de intervenção e não houve um profissional substituto durante esse período, por isso não conseguimos avaliar 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Além da redução de quatro para três meses da execução do projeto de intervenção, porém fizemos um bom trabalho e com as ações sendo incorporadas as rotinas da UBS, em breve alcançaremos os resultados almejados.

**Objetivo 3** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Buscando contribuir com a melhoria da adesão ao programa por parte dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, identificar 100% dos

usuários faltosos as consultas na UBS, conforme a periodicidade recomendada. Como planejado, todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes foram identificados e localizados, através da busca ativa destes usuários faltosos. Então no período de três meses da intervenção foram localizados 100% destes usuários, alcançando assim a meta proposta.

Esse resultado positivo devido à interação e parceria entre a equipe. Bem como o trabalho desenvolvido pelos ACS, que se envolveram e acreditaram muito do projeto. A busca ativa também foi desenvolvida pela equipe de saúde e a comunidade. Houve participação dos líderes comunitários durante as reuniões de comunidade e na UBS, falando sobre a importância do comparecimento as consultas e grupos de saúde.

**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

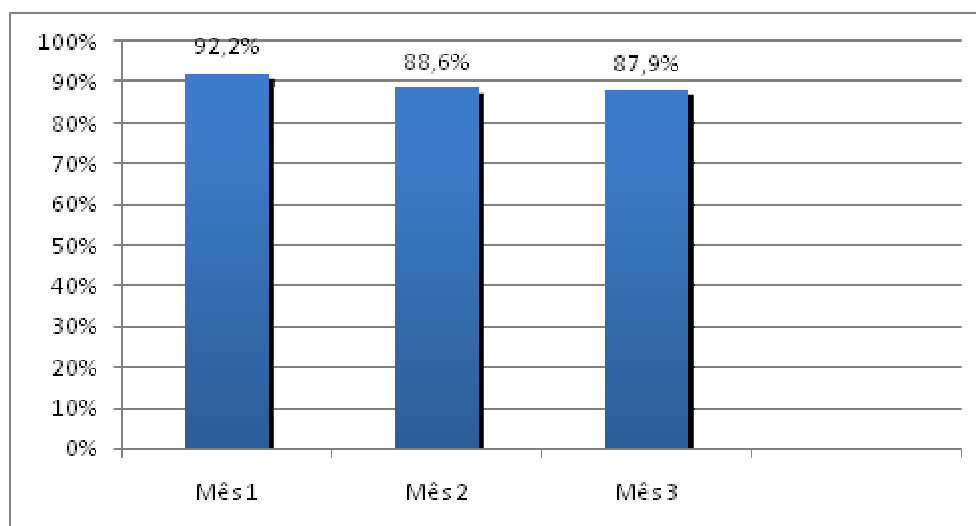
**Indicador 4.1** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

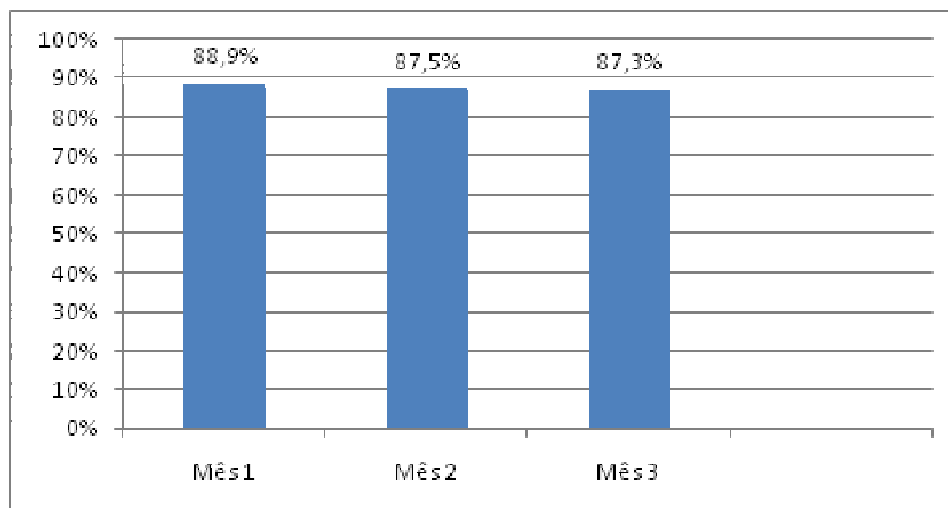
Visando atingir o objetivo de melhorar a adequação dos registros na ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, propomos como meta manter em 100% a ficha de acompanhamento destes usuários cadastrados na UBS.

Com relação à proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento conseguimos uma cobertura no primeiro mês 71 (92,2%), no segundo mês foi 132 (88,6%) e no terceiro mês 182 (87,9%), como pode ser observado na Figura 15.



**Figura 15** Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Balneária, Santa Rosa- RS. 2015.

Já os usuários com diabetes, segundo a Figura 16 apresentaram no primeiro mês 24 (88,4%) com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 35 (87,5%) e no terceiro mês 48 (87,3%) com registro adequado na ficha de acompanhamento.



**Figura 16** Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Balneária, Santa Rosa-RS. 2015.

Com a intervenção, a equipe de saúde buscou atualizar a ficha de acompanhamento destes usuários, buscando informações que estavam ausentes nas fichas individuais. Porém os resultados decrescentes na proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento do primeiro ao terceiro mês são explicados porque um percentual de usuários faz atendimento médico clínico nas unidades de saúde particulares e somente recorrem



a UBS para solicitação de exames e fornecimento de receita de medicamentos, indicados por profissionais médicos de clínicas privadas. Apesar disso, a equipe de profissionais está sensibilizada e capacitada sobre a importância de manter os registros completos e corretos de todos os usuários cadastrados e/ou acompanhados na UBS, reforçando assim essas ações, para que possa obter 100% dos usuários com registros adequados.

**Objetivo 5** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

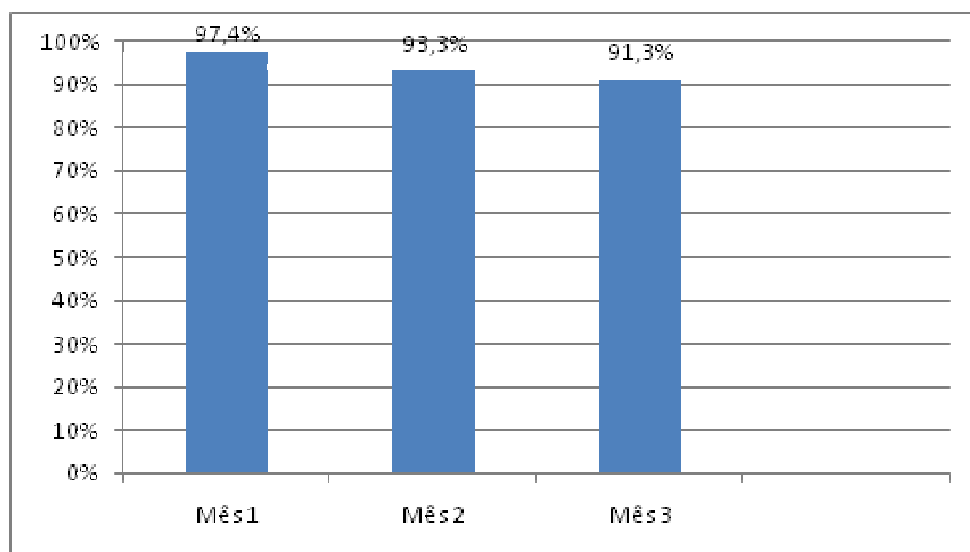
**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

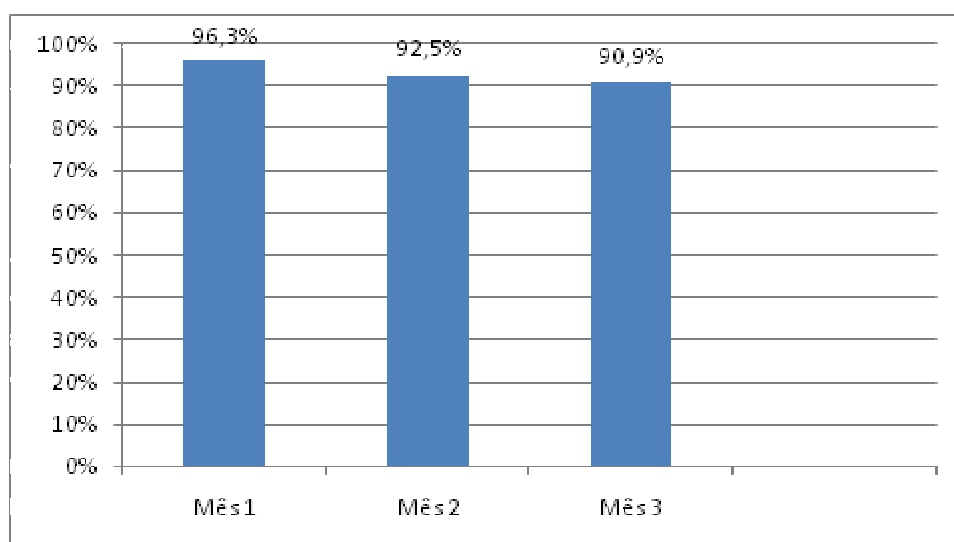
Visando alcançar o objetivo de mapear os usuários hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, propomos como meta realizar a estratificação em 100% destes usuários cadastrados na UBS.

Como pode verificar na Figura 17, com relação aos usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia, no primeiro mês conseguimos mapear 75 (97,4%), no segundo mês 139 (93,3%) e no terceiro mês 189 usuários (91,3%).



**Figura 17** Gráfico Proporção de hipertensos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Balneária, Santa Rosa - RS. 2015.

Já com relação aos usuários portadores de diabetes, segundo a Figura 18 no primeiro mês conseguimos alcançar 26 (96,3%) dos usuários cadastrados no programa, a estratificação de risco cardiovascular, já no segundo mês 37 (92,5%), terceiro mês 50 (90,9%).



**Figura 18** Gráfico Proporção de diabéticos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Balneária, Santa Rosa - RS. 2015.

Como apresentado nos Gráficos acima, no decorrer dos três meses não conseguimos alcançar a meta de 100% para a estratificação de risco cardiovascular dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa, devido que no segundo mês da intervenção diversos profissionais que realizavam atendimento, estavam no período de férias. Apesar dessas adversidades tivemos ótimos

resultados, bem próximos ao planejado. Tudo isso é decorrente da organização do serviço, a qualidade do exame clínico realizado pelos profissionais, o envolvimento e a colaboração de toda equipe e da gestão, contribui para o alcance destes resultados. Também foi esclarecido para os usuários e comunidades, em consultas clínicas, palestras e grupo de hipertensos e/ou diabéticos, o quanto é importante o controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, prática de atividade física, redução do consumo de etilismo e tabagismo).

#### **Objetivo 6** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

A proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável no primeiro mês tem cobertura de 77 usuários (100%), no segundo mês 149 (100%) e no terceiro mês 207 (100%).

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Os usuários diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável com uma cobertura no primeiro mês de 27 (100%), no segundo mês 40 (100%) e no terceiro mês 55 usuários (100%).

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

A proporção de usuários hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular no primeiro mês de intervenção 77 (100%), no segundo mês 149 (100%) e no terceiro mês 207 (100%).

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Os diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular no primeiro mês 27 (100%), no segundo mês 40(100%) e no terceiro mês 55 usuários (100%).

**Meta 6.5:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

A proporção de hipertensos com que receberam orientação sobre o risco do tabagismo no primeiro mês 77(100%), no segundo mês 149 (100%) e no terceiro mês 207 usuários (100%).

**Meta 6.6** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Os usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo no primeiro mês 27 (100%), no segundo mês 40 (100%) e no terceiro mês 55 (100%).

**Meta 6.7** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Com relação aos hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês 77 (100%), no segundo mês 149 (100%) e no terceiro mês 207 usuários (100%).

**Meta 6.8** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Com relação aos usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês do projeto foram 27 (100%), no segundo mês 40 (100%) e no terceiro mês 55 usuários (100%).

Nosso último Objetivo, considerado muito importante, foi promover a saúde de hipertensos e diabéticos que é tão importante na vida do ser humano, pois não adianta fazer o tratamento medicamentoso e não cuidar da alimentação e praticar exercícios físicos, garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal.

Foi proposto como meta atingirmos 100% destes indicadores de qualidade, e nestes três meses de intervenção conseguimos cumprir a meta proposta, que foi a realização das orientações a 100% destes usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes cadastrados durante a intervenção sobre orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Para isto contamos com o apoio de educadora física, nutricionista, terapeuta ocupacional e psicóloga que nos auxiliaram nesta intervenção. Auxílio este que será mantido mesmo após o término da intervenção. Pois todas as ações desta intervenção que foram realizadas nesta UBS serão mantidas na rotina da UBS, pois elas só vieram a acrescentar e a melhorar a qualidade de vida destes usuários, como também melhorou o serviço de toda a equipe da UBS.

O trabalho de divulgação das ações da UBS, com a equipe de saúde foi parte de Engajamento Público no dia a dia, com participação ativa da comunidade e líder da comunidade buscando sensibilizar os usuários para participar destas ações.

## **4.2 Discussão**

Este capítulo tem como intenção discutir o significado dos resultados obtidos para a comunidade, para o serviço e para os profissionais de saúde. Sendo que a intervenção aconteceu durante 12 semanas consecutivas, na UBS Balneária, no município de Santa Rosa/RS e propiciou a melhoria da qualidade de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, bem como a ampliação da cobertura e do atendimento a estes usuários cadastrados e acompanhados na UBS. A intervenção propôs como meta ampliar a cobertura de 70% destes usuários, entretanto, estes objetivos não foram alcançados, mas conseguimos uma maior ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, pois conseguimos obter

resultados bem próximos do planejado, que foi atingir 49,5% de cobertura para os usuários hipertensos e 62,5 % para os diabéticos.

A adesão à intervenção deve-se principalmente, a participação e união da equipe, as lideranças comunitárias e a participação da comunidade. Percebemos que com o desenvolver da intervenção houve a melhorada qualidade do registro das informações, permitindo assim o melhor controle do cadastramento e acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, foi possível ampliar a avaliação de risco cardiovascular, bem como atuar com maior ênfase sobre os fatores de riscos modificáveis, como o excesso de peso, muitas vezes decorrente de maus hábitos alimentares e sedentarismo, o uso excessivo de álcool e drogas. Houve também a qualificação da atenção, com destaque para ampliação do exame dos pés dos diabéticos. Destaca que através da realização das atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, foi possível modificar o estilo de vida de muitos usuários com relação aos hábitos alimentares e a prática de atividades físicas.

Com relação à importância da intervenção para a equipe, foi necessário que a equipe fosse capacitada para que fosse feito um melhor acompanhamento destes usuários hipertensos e/ou diabéticos, para que isso acontecesse foi seguido as recomendações do Ministério de Saúde, com base no Manual do Programa de Hipertensão e Diabetes, do ano de 2013, relativas ao rastreamento, diagnóstico tratamento e monitoramento destes usuários. Com esta atividade foi possível promover o trabalho integrado de auxiliar de enfermagem, da enfermeira e do médico e dos demais profissionais da UBS.

De início foram pactuadas as atribuições de cada profissional e sensibilizados sobre a importância da atuação de cada um neste projeto. A equipe permaneceu sempre unida no desenvolvimento das atividades, pois com a atuação de todos os profissionais, conseguimos avançar nas ações de qualidade, como nas ações de Acolhimento aos usuários, à prática da assistência integralizada, no aumento da solicitação de exames complementares, a qualidade dos registros das informações, a reorganização das visitas domiciliares, o desenvolvimento dos grupos de Educação em Saúde, dentre outras ações. Como por exemplo, com a capacitação das técnicas de enfermagem e enfermeira melhorou o controle da aferição da pressão arterial dos usuários, pois foram sensibilizadas da importância de realizar o procedimento com o aparelho calibrado, descanso prévio do usuário, antes da

aferição, para que a medida de pressão arterial possa ser aferida e registrada corretamente.

A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um número maior de usuários, pois além da melhora dos registros, monitoramento e do agendamento dos hipertensos, foi reorganizada a agenda para atenção a demanda espontânea e a classificação de risco dos hipertensos e/ou diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Tudo isso foi decorrente da melhoria no monitoramento e registros das informações nos prontuários, nas fichas-espelhos e na planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização da UFPel, pois os profissionais foram sensibilizados desde o início da intervenção sobre a importância da qualidade dos registros das informações dos usuários do serviço.

Tudo isso é resultante do trabalho em equipe, com a participação e colaboração de todos. Com essa reorganização foi possível ampliar os atendimentos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, sendo acompanhados adequadamente, seguindo o protocolo e a classificação de riscos, já que o acompanhamento individualizado é essencial, pois os usuários classificados como de alto risco cardiovascular deverão ser acompanhados com mais atenção e se necessário serão encaminhados para atenção secundária, prevenindo assim o aumento da morbimortalidade por complicações secundárias a estas doenças.

Ressaltando também a importância da gestão, que teve papel importante em nosso trabalho, participação ativa da equipe, líderes comunitários e a comunidade, buscando sempre aperfeiçoar as ações, buscando garantir um melhor atendimento aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, bem como os demais usuários da área.

O impacto da intervenção para a comunidade foi positivo, pois foi demonstrada através da satisfação e comentários positivos da comunidade sobre a implementação da intervenção. Pois conseguimos reorganizar o sistema de agendamento, contribuindo com o fluxo dos usuários na UBS, começando pelo acolhimento e a escuta qualificada aos mesmos quando demandam a UBS. Fato esse que gerou grande satisfação para a comunidade, pois observa os índices reduzidos de usuários faltosos as consultas e as atividades de grupo. Eles foram bem participativos da intervenção, compreenderam que a doença está presente em todas as etapas da vida, mas com o devido acompanhamento e tratamento, bem

como a prioridade na atenção dos riscos causados pelas patologias, eles podem ter boas condições de vida. Infelizmente ainda temos muitos usuários com hipertensão e/ou diabetes sem cobertura, sendo necessária ampliar a cobertura e o de atendimento destes usuários.

Caso fosse realizada a intervenção neste momento, não faria grandes mudanças, apenas que as ações poderiam ter sido desenvolvidas desde a análise estratégica para que já fossem incorporadas a rotina da UBS, bem como tivessem sido discutidas previamente as atividades que já vinham sendo desenvolvidas pela equipe, pactuando as mudanças necessárias, discutindo melhorias no acolhimento/atendimento e nos demais processos de trabalho. Além de explicar a comunidade os critérios de priorização da atenção e discutir a melhor maneira para serem implementadas.

Nesta etapa final do projeto a equipe está integrada com a incorporação da intervenção na rotina do serviço, ainda faltam superar alguns obstáculos, como a falta de ACS em uma área sem cobertura, falta de pessoal administrativo e de um técnico de farmácia, além das dificuldades como a falta de sala para reunião, os profissionais de férias e que não tem substituto. Porém apesar de todas essas adversidades, conseguimos desenvolver a intervenção com muitos avanços positivos, pois para conseguirmos mudar a realidade da UBS, é ainda necessário que sejam criadas condições adequadas de trabalho, desde a incorporação de um ACS para a área que não tem cobertura, pois propiciará a ampliação de cobertura no atendimento de hipertensos e diabéticos desta área descoberta. Mas para que isso aconteça, depende da participação e colaboração dos gestores, para que possamos mudar essa realidade.

Ha grandes possibilidades de incorporação a rotina do serviço, pois de início já aconteceu a conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e/ou diabéticos em especial os de alto risco na UBS. Bem como a intervenção contribuiu para incorporar novos conhecimentos, desde a prática de acolhimento, até o manejo clínico do acompanhamento e tratamento das patologias destes usuários, sendo ofertado um serviço ampliado e de qualidade para todos os cidadãos.

Porem para dar continuidade ao trabalho, o próximo passo, para que possamos garantir a melhoria da atenção a estes usuários e que é necessária para nossa rotina diária, é buscar a contratação de mais recursos humanos, para o setor



administrativo, técnico em farmácia e ACS, pois são fundamentais esses profissionais para as ações desenvolvidas e ofertadas na UBS. Mas apesar das diversas adversidades, mas conseguimos garantir a qualidade dos serviços prestados aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e dos demais usuários.

## **5. Relatório da intervenção para gestores**

Ilmo. Gestor Municipal de Saúde

Este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção, sobre o tema Melhoria da Atenção à Saúde de usuários Hipertensos e/ou Diabéticos maiores de 18 anos, na UBS Balneária, Santa Rosa/RS.

Após observações, estudos e análise situacional, foi identificado que os usuários hipertensos e/ou diabéticos desta área precisavam de um acompanhamento e tratamento mais organizado e para orientar e incentivar o usuário a refletir sobre seu estilo de vida, que influencia direta e indiretamente na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos realizamos a intervenção com o objetivo de melhorar à Atenção de Hipertensos e Diabéticos maiores de 18 anos, na UBS Balneária, Santa Rosa/RS. De acordo com o projeto de Intervenção, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica. A intervenção ocorreu entre os meses fevereiro a junho de 2015.

A intervenção teve início com a apresentação do projeto a toda equipe de saúde, onde foi discutido e revisado por todos. Realizamos também a capacitação de toda a equipe sobre atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM, enfatizando sobre o acolhimento, adoção dos protocolos referente à saúde destes usuários e sobre as informações que devem ser fornecidas aos familiares e à comunidade.

Conforme estimativa gerada no Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pelo Curso de Especialização, teríamos na área 3.266 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados para a área que teríamos

1.029 hipertensos com 20 anos e 294 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Estes dados foram utilizados na avaliação dos Indicadores de cobertura e de qualidade na Unidade de Análise Estratégica para definição do foco da intervenção, entretanto segundo levantamento realizado após a Análise Estratégica detectamos que temos 418 pessoas com hipertensão e 173 pessoas com diabetes na área de abrangência da UBS. Este foi o nosso público alvo da Intervenção.

Visando atingir o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos da área adstrita da UBS do Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Dessa forma, com relação aos hipertensos conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 207(49,5%) usuários com hipertensão e 55(62,5%) dos diabéticos. Para conseguirmos obter estes resultados contamos com o apoio imprescindível de toda a equipe da UBS.

Além disso, um grande percentual de hipertensos e/ou diabéticos recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico, os usuários faltosos as consultas receberam busca ativa. Além do que, mais de 90% dos usuários com HAS e DM cadastrados no programa estavam com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, foram realizados os exames complementares, foram disponibilizados medicamentos da farmácia popular, e receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos sobre a prática do tabagismo e etilismo e orientações sobre higiene bucal.

Para registrar as informações dos usuários com HAS e DM relativas aos atendimentos clínicos e demais ações desenvolvidas na intervenção utilizamos a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Assim, todas as informações dos usuários acompanhados no serviço de saúde, eram escritas na ficha-espelho e eram repassadas também para o prontuário de cada usuário e para a planilha de coleta de dados, a fim de monitorar a intervenção.

Uma das dificuldades encontradas é a ausência de ACS em uma área, bem como a não substituição de profissionais no período de férias, o que inviabilizou a realização de algumas atividades durante o período da intervenção.

Durante este período foram realizadas ações para auxiliar na melhor qualidade de atenção à saúde básica como: cadastramentos e atendimentos

clínicos, palestras educativas, grupos de hipertensos e diabéticos e orientações como evitar riscos e agravos.

Apesar de todas as dificuldades, acreditamos que dando continuidade as atividades da intervenção possam melhorar a cobertura do programa, atenção à saúde dos usuários, do trabalho em equipe e a relação com a comunidade. Consideramos que houve vários avanços e melhorias no serviço de saúde com a realização da intervenção.

Entretanto, é preciso repensar nos modelos vigentes de atendimento, devemos inserir na rotina da UBS atividades de educação em serviço, com capacitações que contribua para proporcionar um bom atendimento a todos os usuários da comunidade. Neste sentido é necessário que a gestão fortaleça estas iniciativas para que os resultados obtidos neste período se prolonguem por muito tempo. Melhorando a qualidade de vida tanto destes usuários hipertensos e diabéticos, como de todos os usuários atendidos na UBS.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

### **Cara Comunidade**

Este capítulo tem como finalidade informar a comunidade sobre o trabalho de intervenção desenvolvido na UBS Balneária, no município de Santa Rosa/RS, no período de fevereiro até junho de 2015. O trabalho foi desenvolvido durante 12 semanas, tendo como população alvo, os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com Diabetes Mellitus cadastrados na área de abrangência da UBS, com o intuito de proporcionar a melhoria na qualidade de atenção à saúde destes usuários.

Neste período foram desenvolvidas diversas atividades pelos profissionais que atuam na UBS. Essa proposta inovadora faz parte do Projeto de Intervenção, que foi sugerido pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, coordenado pela Universidade Federal de Pelotas. Sendo que todas as atividades desenvolvidas no projeto foram organizadas seguindo um cronograma de ações, para que assim fosse feito um trabalho planejado, buscando sempre a organização e que sejam oferecidos serviços de qualidade à comunidade.

Inicialmente a equipe de profissionais foi qualificada, através das reuniões, apresentações de casos clínicos, estudos de protocolos de atendimentos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, importância do acolhimento e da escuta qualificada, a importância da realização dos exames clínicos completos e da estratificação do risco cardiovascular, dentre outras temáticas. Neste período a equipe realizou a reorganização das agendas, delimitou os responsáveis pelo acolhimento dos usuários tanto de demanda espontânea, quanto os que tinham consultas agendadas, além de demandarem a UBS para outros assuntos. Também inserimos os dados na ficha-espelho e na planilha de coleta de dados,

disponibilizada pelo curso de especialização, o que contribuiu muito para a reorganização dos registros feitos durante os atendimentos clínicos, atividades em grupo de educação em saúde e nas visitas domiciliares.

Este trabalho contou com a participação de todos os profissionais da UBS, pois sem o apoio da equipe não conseguiríamos alcançar os resultados positivos que tivemos com a intervenção. Pois a equipe foi responsável por sensibilizar a comunidade para participar dos grupos de educação em saúde, sempre sensibilizando e estimulando o auto-cuidado destes usuários, familiares e/ou responsáveis, tanto para a importância de mudanças no estilo de vida, como a adoção da prática regular de atividades físicas, controlando assim o peso corporal, bem como o estímulo a alimentação saudável, redução do etilismo e tabagismo. Todas essas ações foram realizadas durante as palestras, grupos de saúde, reuniões. Mas para que tudo isso acontecesse, foi fundamental importância à participação da comunidade, sempre colaborando com a equipe na realização do projeto, e enfatizando a necessidade destas ações serem incorporadas a rotina do serviço, melhorando a qualidade da oferta dos serviços de saúde prestados a comunidade.

Diversos resultados positivos foram alcançados ao longo da intervenção, como a ampliação da cobertura destes usuários, obtendo no final 207 (49,5%) usuários hipertensos cadastrados e 55 (62,5%) diabéticos. Outro item importante, foi a realização da busca ativa pelos ACS, identificando usuários portadores destas patologias que não realizam acompanhamento, além dos usuários faltosos as consultas e nos grupos de educação em saúde, promovidos na unidade.

Durante este período, conseguimos também ampliar as solicitações de exames complementares, os exames clínicos eram mais detalhados, conseguimos identificar usuários com risco cardiovascular alto, devido a avaliação de estratificação de riscos, aumentamos a avaliação e o atendimento odontológico para a população alvo, conseguimos reorganizar as agendas, reservando vagas para usuários em demanda espontânea ou resultantes das buscas ativas, foram priorizados a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

A comunidade aceitou e aderiu melhor o programa, após a realização da intervenção, pois reconheceu que a articulação promovida entre os profissionais e os usuários permitiria um melhor desenvolvimento das ações. Pois foi apresentado e discutido com a comunidade os critérios de priorização dos atendimentos, foram

apresentadas estratégias para reduzir o número de usuários faltosos as consultas e as atividades de grupo, atuando na divulgação das ações, pois juntos foram pactuadas as melhores maneiras de organizar os trabalhos e as demais ações programáticas na UBS.

Pois esse vínculo profissionais/comunidade permite um contato mais direto e permanente com as famílias, estimulando e desenvolvendo ações educativas, que visa à promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, contribuindo em prol da comunidade.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

No início do curso, por ser uma atividade nova, que é o ensino a distância eu tive um pouco de dificuldades, fiquei ansioso, nervoso, com diversas dúvidas e incertezas de como seriam todas as etapas deste curso, associado ao trabalho diário na UBS. Felizmente a equipe de saúde me acolheu e colaborou muito com o desenvolvimento das atividades que foram realizadas antes e durante a intervenção, sempre visando melhorar a oferta de serviços prestada a comunidade, bem como promover melhorias nos processos de trabalho da equipe.

O curso teve grande significado relevante para minha prática profissional, pois foi feito em paralelo a minha rotina na UBS (acolhimento, atendimentos, grupos, visitas domiciliares) e assim há uma ampliação da visão do profissional, pois com o curso conseguimos identificar dados e situações relevantes que acontecem no dia a dia da UBS e que antes poderiam passar despercebidas ou esquecidas durante o atendimento clínico e nas visitas domiciliares.

As atividades de prática clínica, também foram importantes para minha qualificação e atualização nas ações da atenção primária a saúde, bem como o teste de qualificação cognitiva, importante para todos os profissionais.

E o mais importante é o reconhecimento por parte da equipe e principalmente da população, referente as mudanças positivas e permanentes que foram desenvolvidas durante a intervenção na UBS.

Sendo que, além de melhorar a qualidade nos atendimentos a estes usuários, eu e minha equipe de trabalho tivemos a oportunidade de rever nossos métodos de trabalho a fim de melhorarmos a nossa atuação.



## Referências

ALFRADIQUE, M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.25,v.6,p.:1337- 1349, jun./ 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol, 2006 Fev: 1–48.

World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

## **Anexos**

## Anexo A – Ficha espelho frente e Verso



Especialização em  
Saúde da Família  
e Federal de Pelotas

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Precisa de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não  
 Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]

 Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

[illegible]

Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								

**Anexo C - Documento do comitê de ética**

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Polotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	

**Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante